

## RICHIESTA PER L'ESAME CITOLOGICO DA AGOSPIRATO

LABORATORIO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Sesso:  maschio  femmina

### DATI PRELIEVO

Organo/Sede prelievo: \_\_\_\_\_

### CAMPIONE INVIATO

Provetta con liquido

Vetrini fissati n° \_\_\_\_\_  Vetrini non fissati n° \_\_\_\_\_

Data prelievo: \_\_\_\_\_

### DATI PREGRESSI

Analisi precedenti:  SI  NO Data: \_\_\_\_\_

Notizie cliniche (diagnosi, terapia, durata e dimensione della lesione, esami di laboratorio e radiologici):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il medico richiedente \_\_\_\_\_

Avendo ricevuto, letto e compreso l'informativa a m e consegnata, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inerenti la salute ai sensi degli articoli 4, 9 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016. In particolare presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per fini diagnostici, statistici, epidemiologici e di ricerca (in forma anonima).

Firma paziente \_\_\_\_\_