

RICHIESTA PER L'ESAME CITOLOGICO

LABORATORIO RICHIEDENTE _____

MEDICO RICHIEDENTE _____

ANALISI richiesta:

- RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE
 RICERCA SIDEROCITI (asbestosi)
 ALTRO (specificare) _____

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Residenza: _____ Città: _____

Codice fiscale: _____ Telefono: _____

Sesso: maschio femmina

DATI PRELIEVO

Materiale/Sede prelievo:

- Urine Espettorato
 Secreto mammario Spazzolato/Scraping
 Liquidi/fluidi corporei

Specifiche del materiale: _____

Data prelievo: _____

DATI PREGRESSI

Analisi precedenti: SI NO Data: _____

Notizie cliniche: _____

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 _____