

ESAME CITOLOGICO VARIO

Dati Obbligatori (In Stampatello)

COGNOME																								
NOME																								
DATA DI NASCITA											CODICE FISCALE										<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
LUOGO DI NASCITA																								

INDIRIZZO											TELEFONO											
CODICE CENTRO										NUMERO SCHEDA ACCETTAZIONE					PROCEDURA				CODICE OPERATORE			
															Smistamento							
MEDICO															Numerazione							
															Allestimento							
															Colorazione							
GIORNO RITIRO																						
Lu	Ma	Me	Gio	Ve	Sa																	

- Tipo d'esame -

<input type="checkbox"/> Secreto Mammario	<input type="radio"/> Destro <input type="radio"/> Sinistro	<input type="checkbox"/> Agoaspirato	<input type="radio"/> Destro <input type="radio"/> Sinistro
<input type="checkbox"/> Citologico Vario:	<input type="radio"/> Liquido Endocistico <input type="radio"/> Liquido Peritoneale		<input type="radio"/> Liquido Pericardico <input type="radio"/> Liquido Pleurico

<input type="checkbox"/> TRADIZIONALE	<input type="checkbox"/> IN FASE LIQUIDA
---------------------------------------	--

Natura e sede del materiale:		
Materiale pervenuto		
(N° Vetri / Quantità Liquido)		

- Notizie cliniche -

Motivi della richiesta:		
Patologie familiari e lavorative riferite a tumore (mammella, colon, ovaio, ecc...):		
Malattie ed infezioni ?	<input type="radio"/> Pregresse Quali ?	<input type="radio"/> In Atto	
Interventi chirurgici ed eventuale esito:		
Terapie ?	<input type="radio"/> Pregresse Quali ?	<input type="radio"/> In Atto	

Materiale Fissato in:	<input type="radio"/> Alcool	<input type="radio"/> Cito-spray	<input type="radio"/> Altro.....
-----------------------	------------------------------	----------------------------------	----------------------------------