



## RICHIESTA DI ESAME ISTOLOGICO

Ricoverato       Day Service       Ambulatoriale       Libera professione

**ESAME ESTEMPORANEO AL CONGELATORE** indicare recapito telefonico.....

**DATI IDENTIFICATIVI PAZIENTE**

COGNOME\* .....  
 NOME\* .....  
 SESSO\*      M   F      DATA DI NASCITA\*   .   .   (GG.MM.AA)  
 COMUNE DI NASCITA\* .....  
 COMUNE DI RESIDENZA\* .....  
 CF\*

**N. nosologico**  
 Applicare etichetta

**DATI IDENTIFICATIVI PRELIEVO**

SEDE ANATOMICA\* .....  
 TIPO DI PROCEDURA\* .....  
 MATERIALE INVIATO\* (identificare i singoli contenitori in modo corrispondente; per prelievi oltre il quarto accludere altro foglio)  
 A. ....  
 B. ....  
 C. ....  
 D. ....

**QUESITO DIAGNOSTICO E DATI CLINICI RILEVANTI\***

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

PRECEDENTI ESAMI CITO-ISTOLOGICI      NO      SI (specificare)

**MEDICO RICHIEDENTE**

COGNOME E NOME .....  
 REPARTO .....      N. TELEFONICO .....  
 Firma e timbro\* .....      Data del prelievo   .   .   (GG.MM.AA)

**RISERVATO AL LABORATORIO**

Data di arrivo   .   .        Ora di arrivo   ,

Firma

**Codice interno**  
 Applicare etichetta

Note: .....

\*campi obbligatori

Informativa art. 13 del D.Lgs. 196/2003: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati personali contenuti nel presente modulo sono raccolti, anche con strumenti informatici, e conservati presso gli archivi cartacei e informatici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, secondo le disposizioni previste dal D.lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), da personale all'uopo incaricato, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per lo svolgimento delle attività sopra descritte e per le finalità strettamente connesse ad esse. Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dare seguito alle richieste avanzate ed alle istanze inoltrate. L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003 rivolgendosi all'U.R.P. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (tel. 0521.703174 - [urp@ao.pr.it](mailto:urp@ao.pr.it)).