

RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO URINARIO – REGIME AMBULATORIALE

Specificare il tipo di erogazione: SSN LIBERA PROFESSIONE

AMBULATORIO: _____ Ospedale: _____

Cognome e Nome _____ genere M F

e-mail: _____

nato/a il _____ a _____ Tel. _____

CODICE FISCALE _____ Indirizzo _____

Tipo di campione

Urine spontanee Urine da catetere vescicale Urine da neovescica ileale

Lavaggio ureterale specificare il lato: destro sinistro

Dati anamnestici e reperti obiettivi

Esiti di indagini (radiologiche/di laboratorio, etc.):

Esami precedenti eseguiti:

- presso l'Anatomia Patologica dell'ASST Bergamo Est
 Altrove (specificare):

Tipologia di esame: Biopatici Citologici

Diagnosi clinica sospetta (specificare):

DATA / /

TIMBRO, FIRMA DEL MEDICO: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____

Io sottoscritto _____ dichiaro di voler ritirare il referto con una delle seguenti modalità:

- visualizzazione del referto sul fascicolo elettronico
- ritiro del referto cartaceo presso il CUP

Firma dell'utente

Parte riservata all'Anatomia Patologica:

RICHIESTA ESAME _____ **Pervenuto** _____