



DA COMPILARE DA PARTE DEL/LLA PAZIENTE E DA RIPORTARE COMPILATO ALLA CONSEGNA DELLE URINE, IN CASO DI DIFFICOLTÀ CONTATTARE IL MEDICO RICHIEDENTE.

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

Urine da stomia Lavaggio ureterale (specificare il lato: destro sinistro)

Motivo dell'esame

Sangue nelle urine Infezione apparato urogenitale Controllo dopo intervento chirurgico

Disturbi a urinare (bruciore, frequente necessità di urinare) Altro _____

Ha già effettuato questo tipo di esame?

No Sì Se sì, con quale risultato? Negativo Sospetto Positivo

Precedenti oncologici:

TUR vescicale Cistectomia radicale Radioterapia Instillazioni vescicali

Presso _____ In data _____

Esami radiologici, di laboratorio, etc.:

Non eseguiti Ecografia vescicale Cistoscopia TAC Addome-Pelvi

Altro _____

Presso _____ In data _____

Terapia:

Attualmente no Attualmente sì : _____ In precedenza : _____

Controlli già programmati (visita urologica/cistoscopia)

No Sì il giorno _____

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

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

Il/la paziente.....

Parte riservata all'Anatomia Patologica:

Pervenuto _____

Esame _____

Tutti i campi devono essere obbligatoriamente compilati in maniera leggibile.