

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 campioneUrine 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 _____