20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - Codice Fiscale 80018230153 - Partita IVA 04376350155

Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica Prof. Giancarlo Pruneri tel.02-23902876 fax: 02-23902877
E-mail: segreteria.anatomiapatologica@istitutotumori.mi.it

RICHIESTA PREPARATI CITO-ISTOLOGICI

Il/la sottoscritto/a…….…….

residente a ……..…… cap ……...

in via ……..…… tel ……

cell …….. e-mail…….

In qualità di a) paziente

b) legale rappresentante di (vedi riquadro)

c) erede di (vedi riquadro)

(solo se il richiedente è persona fisica diversa dal paziente)

cognome……..nome……

nato/a a ……..il……

grado di parentela……

richiede che gli/le vengano consegnati i seguenti preparati

□ ***istologici***: n. ……. ……..

□ ***citologici***: n. ……..

□ ***sezioni in bianco***: n. ……..

□ ***inclusioni in paraffina***: n. ……..

e relativa copia del referto n. ……del……..., allestiti presso il Dipartimento Servizi e Diagnostica Avanzata della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, per essere sottoposti a consulenza presso……

Si impegna a non utilizzare il materiale ricevuto per scopi diversi da quelli connessi con la consulenza di cui sopra, di conservarli con cura e di restituire tutti i preparati colorati e le eventuali inclusioni in paraffina

Richiede che la consegna avvenga mediante:

□ ritiro personale

□ ritiro da persona autorizzata mediante delega e fotocopia del documento di identità (cognome……nome…….)

□ a mezzo assicurata (a carico del destinatario) al seguente indirizzo:

Sig./Sig.ra Cognome ……..……Nome……..……

E' vietata la riproduzione, con qualsiasi mezzo, compreso la fotocopia,
non autorizzata dalla Fondazione IRCCS – Istituto Nazionale dei Tumori - Milano

20133 Milano - via Venezian, 1 - tel. 02 23901 - Codice Fiscale 80018230153 - Partita IVA 04376350155

Direttore Struttura Complessa Anatomia Patologica Prof. Giancarlo Pruneri tel.02-23902876 fax: 02-23902877
E-mail: segreteria.anatomiapatologica@istitutotumori.mi.it

Via……..……civico……

Città…….……Provincia…….....CAP……..

Eventuali comunicazioni…….……

……

Milano,

In fede,_____

FIRMA LEGGIBILE

Il paziente si assume tutte le responsabilità sull'eventuale danneggiamento, perdita o distruzione del materiale richiesto e solleva da ogni responsabilità il Dipartimento Servizi e Diagnostica Avanzata della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

In fede,_____

FIRMA LEGGIBILE

Presenta □ NO □ SI richiesta a firma del/della Dr./Dr.ssa ……

di ……..…….. (vedi allegato)

Data, ……

Materiale restituito il ……. con referto □ SI □ NO

Ad uso interno:

Richiesta n. ……del……

Ricevuta da……...

Presa visione della richiesta sopra descritta, si autorizza la movimentazione dall'archivio del materiale richiesto contrassegnato dal numero istologico/citologico……..

Data, ……Il Direttore……..

Dati anagrafici del paziente:

Cognome……Nome……...

nato/a il……..sesso: M □ F □

n. di cartella……

E' vietata la riproduzione, con qualsiasi mezzo, compreso la fotocopia,
non autorizzata dalla Fondazione IRCCS – Istituto Nazionale dei Tumori - Milano