



**IRCCS ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO**

**SACRO CUORE – DON CALABRIA**

**ANATOMIA PATOLOGICA E BIOLOGIA MOLECOLARE**

### **MODULO DI RICHIESTA DI CONSULENZA SPECIALISTICA ANATOMO-PATOLOGICA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

recapito telefonico/fax/e-mail \_\_\_\_\_

**PER CONSULENZA PRESSO QUESTO CENTRO CONSEGNA:**

preparati isto/citologici       sezioni in bianco       inclusioni in paraffina  
relativi al referto nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
eseguiti presso: Istituto/Ospedale \_\_\_\_\_

**Allega:**

- Documento di identità
- Primo referto
- Richiesta del medico per revisione dei preparati
- Altri referti (TAC, RM, RX, Ecografia,...)

**PER CONSULENZA PRESSO ALTRO CENTRO RICHIEDE:**

preparati isto/citologici    sezioni in bianco    inclusioni in paraffina  
relativi al referto nr \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
emesso da questo Servizio, per sottoporli in visione presso:  
Istituto/Ospedale \_\_\_\_\_

**Allega:**

- Documento di identità
- Richiesta del medico per revisione dei preparati

### **RITIRO/RESTITUZIONE DEI PREPARATI - RITIRO REFERTO**

La modalità scelta è:

- Personalmente
- A persona munita di delega e documento di identità
- Tramite Corriere/Raccomandata (In tal caso il paziente dichiara di assumersi la responsabilità in merito alla spedizione, eventuale rottura e/o smarrimento del materiale)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_