



Azienda Sanitaria Provinciale Enna  
**RICHIESTA ESAME CITOLOGICO**

v. 0.0  
07/03/2022  
Pagina 1 di 1

**UOC Anatomia ed Istologia Patologica**  
Mail: [anatomiapatologica.umberto@asp.enna.it](mailto:anatomiapatologica.umberto@asp.enna.it) Tel. 0935 516589 Fax. 0935 516361

ETICHETTA  
CODICE A BARRE

TIMBRO IDENTIFICATIVO DEL REPARTO/AMBULATORIO

Cognome	Nome	Sesso M	F
Data di nascita	Luogo di nascita		
Residente in via/piazza	N°		
Città	Provincia	Cod Fiscale	

**TIPOLOGIA AMMINISTRATIVA**

RICOVERATO	ESTERNO SSN	ALTRI OSPEDALI	ALTRO			
------------	-------------	----------------	-------	--	--	--

**Professione e/o esposizioni ambientali e professionali di interesse oncologico:**

.....

**Notizie cliniche essenziali e/o quesito diagnostico :**

.....  
.....  
.....

**Patologia tumorale pregressa o in atto :** .....

.....

**Esame citologico richiesto:**

<input type="checkbox"/> Escreato	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> Prelievo portio tampone	<input type="checkbox"/> Versamento pleurico
<input type="checkbox"/> Broncolavaggio	<input type="checkbox"/> Cateterismo ureterale dx.	<input type="checkbox"/> Prelievo portio spatola	<input type="checkbox"/> Versamento pericardio
<input type="checkbox"/> Broncoaspirato	<input type="checkbox"/> Cateterismo ureterale sx.	<input type="checkbox"/> Prelievo endocervice	<input type="checkbox"/> Versamento ascitico
<input type="checkbox"/> Brushing bronchiale	<input type="checkbox"/> Lavaggio vescicale	<input type="checkbox"/> Aspirazione endometriale	<input type="checkbox"/> Liquido peritoneale
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Lavaggio endometriale	<input type="checkbox"/> Lavaggio peritoneale

**Altri tipi di prelievo o di materiale:**

.....  
.....

**Caratteristiche del materiale inviato (quantitative e qualitative):** .....

..... Fissato:  SI  NO

**Esame citologico già effettuato presso altre strutture :** .....  SI  NO

Data di invio : ..... MEDICO RICHIEDENTE NOME E COGNOME / TIMBRO  
.....