

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio di noi nel tuo territorio</small>	<b>Informativa esame citomorfologico su sangue periferico</b>	Documento: PCSPSRGO1 Mod. 07
		Revisione: 1
Patologia Clinica		Data: 19/10/2021
		pag. 1 di 1

## Modulistica di accompagnamento di richiesta di esame citomorfologico su sangue periferico

**Provenienza:**

**Data:**

**N. telefonico/email:**

**Dati del paziente**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Sesso \_\_\_\_\_

Ambulatoriale / SDAC / DH / Ricoverato \_\_\_\_\_

**Quesito clinico:** \_\_\_\_\_

**Esame obiettivo**

Adenomegalie e/o splenomegalie \_\_\_\_\_

Notizie cliniche di rilievo \_\_\_\_\_

Terapia in atto \_\_\_\_\_

**Esami diagnostici**

TC / PET / RMN \_\_\_\_\_

**Medico richiedente**