



REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

AZIENDA A.S.L.02 LANCIANO-VASTO-CHIETI

U.O.S.D. di Screening del Cervico-Carcinoma e  
Citodiagnostica

fax 0872/706489

e.mail: citologia.lanciano@asl2abruzzo.it

N° VERDE 800893436



**CONSEGNA PREPARATI CITOLOGICI E COPIA ORIGINALE DEL REFERTO PER  
CONSULENZA PRESSO ALTRO ISTITUTO**

Prot

Lanciano

Su richiesta dell' Interessato o persona espressamente delegata, munita di documento d'identità, secondo quanto previsto dalla legge " Sulla Protezione dei Dati Personali " D.L. 30 Giugno 2003, n°. 196, si consegnano i seguenti preparati citopatologici, con relativo referto, per consulenza presso altro Istituto.

**Cognome..... Nome.....**

**Data nascita.....residente .....Via.....tel.....**

**CASO n°:**

Medico richiedente:.....

Istituto/Ospedale Dr/Prof ove sarà effettuata la consulenza.....

Quantità e tipo preparati:

Citologico n. Citochimica n .

Agoaspirato n. Immunocitochimica n

Pap-test n

Sezioni non colorate n.

Effettuato presso questo Servizio in data.....

Sul preparato, come identificazione, sono riportati:

il Cognome o il codice paziente scritto a lapis.....

il numero di archivio assegnato dal computer inciso con vetrografica.....

**Firma dell'incaricato al ritiro.....**

Da compilarsi in caso di consegna di materiale non ripetibile (preparati citologici):

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a .....

il....., residente in .....n°.....

documento di riconoscimento.....si assume la personale responsabilità del ritiro e della custodia del materiale sopra citato (.....), dandone ampia e completa **liberatoria** alla U.O.S.D. Screening cervico carcinoma e di Citodiagnostica consegnante.

**Firma dell'incaricato/a del ritiro.....**

Si resta in attesa della restituzione dei preparati e di copia del referto del Consulente.

Cordiali.saluti.

Dirigente Sanitario