

**OSPEDALE CLASSIFICATO "VILLA SALUS"**

Congregazione delle Mantellate Serve di Pistoia  
 Ente Ecclesiastico giuridicamente riconosciuto con R.D. 12-1-1933

Via Terraglio 114,  
 30174 Mestre Venezia  
 Tel. 041 290 6411 – Fax 041 290 6710  
 www.ospedalevillasalus.it  
 P. Iva e C.F. 00336090477

**SERVIZIO DI LABORATORIO ANALISI**

Tel. 041.2906418 / 0412906421

e-mail: istopatologia@ospedalevillasalus.it

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cognome e nome paziente \_\_\_\_\_

**MODULO DI CONSEGNA MATERIALE ISTO/CITOPATOLOGICO PER CONSULENZA IN ALTRO ISTITUTO**

Su richiesta dell'Interessato o persona espressamente delegata, munita di documento d'identità, secondo quanto previsto dal d.lgs.196/2003 in materia di protezione dei dati personali, si consegnano i seguenti preparati isto-citopatologici, con relativo referto, per consulenza presso altro Istituto.

1. Cognome, Nome, Data di Nascita: ..... nato/a il .....
2. Caso n.: .....
3. Medico Richiedente: .....
4. Istituto presso cui sarà effettuata la consulenza: .....

Quantità e tipo preparati:

Tipo di materiale	Q.tà	Da restituire	
<input type="checkbox"/> Sezioni istologiche originali	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sezioni istologiche ritagliate	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Citologici da versamento	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Citologici da FNAB/Brushing	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Istochimica	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Immunoistochimica	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sezioni non colorate	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Inclusione in paraffina	N°.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Cordiali saluti

Il Responsabile

*Da compilarsi in caso di consegna di materiale non ripetibile (inclusioni in paraffina, preparati citologici):*

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a a ..... il ..... residente in .....

documento di riconoscimento .....N. ....,

si assume la personale responsabilità del ritiro e della custodia del materiale sopra citato, dandone ampia e completa liberatoria all'ospedale Villa Salus consegnante.

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