

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico		
Richiesta esame		
Procedura Aziendale Allegato 5 Mod 01 P26AUSLBO		
Timbro richiedente	Utilizzare eventuale etichetta di ricovero: All'Unità Operativa di Anatomia Istologia Patologica, e Citodiagnostica Ospedale: ☐ Maggiore ☐ Bellaria	
RICHIESTA DI ESAME Codice Fiscale..... XMPI		
Cognome e nome (telefono)		
Sesso M F nato/a il/...../.....		
Residente aCAP.....prov.....via.....n°.....		
Provenienza: ☐ Ricovero Osp. ☐ Ambulatorio ☐ Libera professione ☐ Screening Ospedale ☐Maggiore ☐Bellaria ☐Bazzano ☐Bentivoglio ☐Budrio ☐Crevalcore ☐Loiano ☐Porretta ☐Vergato ☐S.GiovanniPersiceto ☐..... Reparto, Ambulatorio Medico referente		
⇒ TIPO DI PRESTAZIONE:		
Istologia ☐ Biopsia (asportazione di lesione) ☐ Biopsia punch/☐shaving ☐ Ago-biopsia ☐ Prelievi con mammotome ☐ Biopsia endoscopica ☐ Polipectomia ☐ Organo asportato (in toto o in parte) ☐ Conizzazione ☐ T.U.R ☐ Raschiamento o prelievo da cavità ☐ Stadiazione di neoplasia ☐ Linfonodo sentinella ☐ Prelievo complesso multi-organ	Biologia molecolare ☐ HPVTest (Hybrid Capture) FISH: ☐cERB-b2 ☐t (11;22) ☐ 1p-19q ☐RET/PTC ☐..... PCR: ☐HPV ☐Micobatteri ☐ Mutazioni: ☐RET ☐K-RAS ☐ BRAF ☐EGFR ☐..... Metilazione: ☐MGMT ☐..... ☐ Immuno-Istochimica: ☐ Immuno-Fluorescenza: ☐ Instabilità: ☐ Altro esame	
☐ Esame intraoperatorio ☐ Consulenza Citologia ☐ Urine ☐ catetere (tre campioni) ☐ neovescica ☐ PAP Test ☐ Espettorato ☐ Brushing ☐ Liquido di lavaggio ☐ B.A.L. ☐ Liquido di bolla ☐ Versamento ☐ Secreto ☐ Agoaspirato		
⇒ SEDE DEL PRELIEVO: (indicare la sede esatta del prelievo -o prelievi- e la lateralità)		
Elenco contenitori e materiale contenuto in ognuno: (oltre i 6 contenitori: ☐ allegato elenco a parte)		
1.	2.	3.
4.	5.	6.
⇒ NOTIZIE CLINICHE:		
Quesito diagnostico:		
Inviare eventuale copia del referto a PEC :		
Esami in altra sede (esito):		
Compilatore	Timbro e Firma leggibile	Sigla ricevente Lab:..... Data ed ora:.....
Data: / / Numero di telefono o e-mail per comunicazioni rapide:		
È essenziale compilare ogni parte della richiesta: l'assenza di informazioni può comportare l'impossibilità di effettuare l'esame		
Data di revisione MODULO 29 aprile 2025	N.Rev.1	Pagina1
Data di applicazione MODULO 5 maggio 2025		