U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA S.O. Grosseto

MODULO RICHIESTA PREPARATI ISTO/CITOPATOLOGICI PER CONSULTO PRESSO ALTRO ISTITUTO

La consegna dei preparati si effettua previo accordo con il personale della UOC

Azienda USL Toscana sud est

Azienda USL Toscana sud est
Servizio Sanitario della Toscana

DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

Direttore

Dr. Carmelo Bengala

U.O.C.

ANATOMIA PATOLOGICA

S.O. Grosseto

Direttore

Dott. Nicola Libertà Decarli

Io sottoscritta/o sig./ra……

Codice Fiscale n° __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

nata/o a……prov. (……)

il …… e residente a……..

in Via/P.zza……

telefono……..

in qualità di diretto beneficiario della prestazione

oppure

- genitore del minorenne beneficiario della prestazione
- tutore/curatore/amministratore di sostegno del beneficiario della prestazione
- coniuge, convivente,figlio, prossimo congiunto
- delegato

del beneficiario della prestazione sotto indicato

Sig/ra……

Codice Fiscale n°……..

nato a ……Prov(……), il……

residente a ……

Via/Piazza……

documento d'identità n°……telefono……

RICHIEDO

I preparati isto/citologici relativi al caso n° _____(a cura dell'AP indicare ID preparati)
eventualmente presenti nell'archivio di codesto Istituto per Second Opinion/ Consulenza Esterna c/o Istituto/Ospedale ……
su richiesta del Dott/Dott.ssa……

Allegati:
- copia documento d'identità del paziente
- eventuale copia del documento d'identità del delegato al ritiro e/o alla richiesta e delega del paziente
- richiesta medica ed eventuale pagamento ticket per ritiro materiale

Io sottoscritto, consapevole che il materiale richiesto rappresenta la riserva biologica dell'AP e, consapevole dell'importanza, sia del materiale residuo, che dei referti derivanti da consulto, mi impegno a far/restituire il materiale stesso, unitamente a copia del referto del consulente.
Mi assumo pertanto la responsabilità del ritiro e della custodia del materiale sotto specificato.
Consapevole che le indagini cui sarà sottoposto il mio materiale potrebbero causarne l'esaurimento sottoscrivo:

Data …….. Firma ……(paziente o delegato)

PARTE SOTTOSTANTE RISERVATA AL PERSONALE DELL' U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

Richiesta ricevuta in data …….. Firma ……(per presa in carico consulenza)

Presa visione di quanto sopra, autorizzo il prelievo dall'archivio della UOC di Anatomia Patologica, e la consegna dei seguenti preparati: vetrini colorati n° ……
sezioni in bianco n°……blocchetto/i n°……
Il Direttore della UOC di Anatomia Patologica (o suo delegato)……

Data e Firma OSS/Tecnico per presa in carico materiale rientrato in archivio