

Tipo prelievo istologico				Tipo prelievo citologico	
<input type="checkbox"/>	Bioptico	Altro			
<input type="checkbox"/>	Asportazione totale				
È stato inviato tutto il materiale escisso:			SI	NO	
Il campione include materiale chirurgico:			SI	NO	
Si richiede valutazione dei margini:			SI	NO	
Si osserva linfadenopatia regionale:			SI	NO	
È una recidiva:			SI	NO	
			Ago aspirato <input type="checkbox"/>		
			Impronta <input type="checkbox"/>		
			Raschiato <input type="checkbox"/>		
			Altro <input type="checkbox"/>		

Data prelievo: ____/____/____

Fissativo utilizzato: _____

Aspetto della lesione (Distribuzione, Forma, Dimensioni, Superficie, Colore, Consistenza)

Lesioni Neoplastiche			Distribuzione	
Si invia la massa completa:	SI	NO		
Il campione include materiale chirurgico:	SI	NO		
Ci sono aderenze periferiche:	SI	NO		
Si osserva linfadenopatia regionale:	SI	NO		
Calore recente (neoplasia mammaria):	SI	NO		

Dermatologia		
<input type="checkbox"/>	Macula	Altro
<input type="checkbox"/>	Pustula	
<input type="checkbox"/>	Papula	
<input type="checkbox"/>	Vescicola	
<input type="checkbox"/>	Eritema	
<input type="checkbox"/>	Alopecia	
<input type="checkbox"/>	Placca	
<input type="checkbox"/>	Ulcera	
<input type="checkbox"/>	Pomfo	
<input type="checkbox"/>	Desquamazione	
<input type="checkbox"/>	Nodulo	
<input type="checkbox"/>	Prurito	

Firma del richiedente
