

RICHIESTA DI CONSEGNA DI  
VETRINI DI ANATOMIA PATOLOGICA

Da richiedere alla segreteria dell'U.O.C. di Anatomia Patologica che custodisce i vetrini oppure via fax o per e-mail  
Per l'Ospedale di Carate Brianza ed il Presidio Ospedaliero Territoriale di Giussano, richiedere all'Ospedale di Vimercate

**Relativa al paziente** \_\_\_\_\_  
cognome e nome

nata/o il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_  
N. di TEAM o di passaporto, per i pazienti stranieri non residenti

Evento avvenuto nell'Ospedale di \_\_\_\_\_

Data di dimissione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N. Pratica \_\_\_\_\_

**Identificativo del referto interessato:** \_\_\_\_\_

**La nuova refertazione dei vetrini è stata affidata a:** \_\_\_\_\_

Allegare copia della richiesta dell'Istituto o del medico che deve effettuare la refertazione

<b>Richiedente</b> _____ cognome _____ nome _____
nata/o il ____ / ____ / _____ a _____ (____)
residente in via _____ n. _____
a _____ (____) _____ Nazione _____ C.A.P. _____ Comune _____
Tel. _____ Relazione con il paziente _____
DOCUMENTO DI IDENTITÀ tipo _____ numero _____
<b><i>L'indirizzo deve coincidere con quello riportato sul documento di identità</i></b>

**FIRMA DEL RICHIEDENTE**

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

via **FAX o E-MAIL** (allegare copia del documento di identità)

**Se il richiedente non sa o non può firmare**, il funzionario, identificata la persona che presenta la richiesta, attesta che questa è stata fatta in presenza di un impedimento a sottoscrivere

Matricola del funzionario \_\_\_\_\_ Firma del funzionario \_\_\_\_\_

**L'accesso alla documentazione clinica è riservato, di norma, al solo paziente cui è intestata (o suo delegato).**

Se il paziente è deceduto, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da un erede (con dichiarazione sostitutiva di atto notorio).

Se il paziente è minorenne, interdetto o non autonomo, le copie dei documenti possono essere ritirate solo da chi lo rappresenta legalmente (genitore, tutore legale, amministratore di sostegno): è necessaria la dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

La consegna delle copie dei documenti potrà avvenire SOLO DOPO IL PAGAMENTO dell'importo dovuto per spese e diritti.

**NON SI DARÀ CORSO A RICHIESTE VIA FAX O E-MAIL CHE RISULTINO ERRATE, INCOMPLETE O PRIVE DEI NECESSARI ALLEGATI.**

Per le richieste via FAX o per e-mail, la copia della richiesta vale come ricevuta "salvo buon fine della richiesta"

FAX: 039 6654 629 – indirizzo E-MAIL: [ufficio.protocollo@asst-brianza.it](mailto:ufficio.protocollo@asst-brianza.it)

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 05_Richiesta_Consegna_Vetrini_di_Anatomia_Patologica_rev01	20/01/2021	01	Pagina 1 di 2

RICHIESTA DI CONSEGNA DI  
VETRINI DI ANATOMIA PATOLOGICA

RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI ANATOMIA PATOLOGICA

N. assegnato alla richiesta: \_\_\_\_\_

Caso n. \_\_\_\_\_

PREPARATI DA CONSEGNARE:

 VETRINI COLORATI

N. \_\_\_\_\_ Identificativo: \_\_\_\_\_

 VETRINI BIANCHI

N. \_\_\_\_\_ Identificativo: \_\_\_\_\_

 INCLUSIONI IN PARAFFINA

N. \_\_\_\_\_ Identificativo: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

VISTO PER AUTORIZZAZIONE del DIRETTORE

## CONSEGNA DEI PREPARATI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Comune Provincia

Documento di Identità: \_\_\_\_\_ tipo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

prende in consegna il seguente materiale della/del Sig.ra/Sig.

composto da:  n. \_\_\_\_ vetrini colorati  n. \_\_\_\_ vetrini bianchi / inclusioni in paraffina

allo scopo di consegnarli per una consulto specialistico a: \_\_\_\_\_

Prende atto che il materiale è consegnato ad esclusivo scopo diagnostico e che tale materiale (preparati citologici, blocchetti, vetrini istologici originali) devono essere tempestivamente consegnati a chi, Istituto clinico o medico specialista, ha richiesto la consulenza.

**Si assume la personale responsabilità della custodia del materiale e, nel caso in cui questo non venga riconsegnato dopo il consulto, libera questa Unità Operativa di Anatomia Patologica da ogni responsabilità per la sua conservazione.**

Infine, si impegna a consegnare copia della/e diagnosi (morfologiche, immunoistochimiche e molecolari) che saranno effettuate sul materiale consegnato, come è consuetudine nelle consultazioni istopatologiche.

Allega la fotocopia di un proprio documento di identità valido.

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

**Se la persona che riceve i preparati non sa o non può firmare**, il funzionario, dopo averla identificata, attesta che la dichiarazione di presa in carico dei preparati è stata fatta in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

Matricola del funzionario \_\_\_\_\_ Firma del funzionario \_\_\_\_\_

SI ATTESTA CHE IL MATERIALE È STATO CONSEGNATO A:

 PAZIENTE GENITORE, TUTORE, EREDE (allegare la dichiarazione sostitutiva di atto notorio) DELEGATO dal paziente/genitore/tutore/erede (allegare anche la delega e la fotocopia del documento di identità del delegante)

Firma dell'incaricato alla consegna \_\_\_\_\_

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 05_Richiesta_Consegna_Vetrini_di_Anatomia_Patologica_rev01	20/01/2021	01	Pagina 2 di 2