

Da richiedere al CUP di Vimercate per tutta l'Azienda Socio Sanitaria della Brianza con lettera F oppure via fax o per e-mail prendendo il modulo sul sito aziendale

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: ____ / ____ / _____ Data di erogazione prestazione ambulatoriale ____ / ____ / _____

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

Richiedente _____

cognome nome
nata/o il ____ / ____ / _____ a _____ (____)

residente in via _____ n. _____ a _____
C.A.P.

(____) _____
comune nazione

Tel. _____ Relazione con il paziente _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' tipo _____ numero _____
L'indirizzo deve coincidere con quello riportato sul documento d'identità

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Data ____ / ____ / _____

Via FAX o E-MAIL (allegare copia del documento d'identità del richiedente e del paziente, se non coincidenti)

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. NON SI DARA' 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

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 05_Richiesta_Consegna_Vetrini_di_Anatomia_Patologica_rev02	08/10/2021	02	Pagina 1 di 2

RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNITA' OPERATIVA DI ANATOMIA PATOLOGICA

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 _____
cognome nome
nata/o il ____/____/____ a _____ (____)
residente a _____ (____) Telefono _____

DOCUMENTO D'IDENTITA' tipo _____ numero _____

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

composto da: n. ____ vetrini colorati n. ____ vetrini bianchi n. ____ inclusioni in paraffina

allo scopo di consegnarli per un 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 s'impegna a consegnare copia della/e diagnosi (morfologiche, immunohistochemiche e molecolari) che saranno effettuate sul materiale consegnato, come è consuetudine nelle consultazioni istopatologiche.

Allega la fotocopia di un proprio documento d'identità valido.

Data ____/____/____ Firma _____

Se la persona che riceve i preparati 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 _____

SI ATTESTA CHE IL MATERIALE E' STATO CONSEGNA TO 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 d'identità del delegante)

Firma dell'incaricato alla consegna _____

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Modulo 05_Richiesta_Consegna_Vetrini_di_Anatomia_Patologica_rev02	08/10/2021	02	Pagina 2 di 2