

Código de muestra

(a cumplimentar por Origen)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO – ANATOMÍA PATOLÓGICA

Doctor:	Clínica:
---------	----------

DATOS DEL PACIENTE	
DNI/NIE:	Fecha de nacimiento:
Apellidos/Código:	Nombre:

OBSERVACIONES PREVIAS

LOCALIZACIÓN DE LA TOMA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN

Fecha y Firma:

DOS COPIAS PARA EL LABORATORIO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO – ANATOMÍA PATOLÓGICA

Doctor:	Clínica:
---------	----------

DATOS DEL PACIENTE	
DNI/NIE:	Fecha de nacimiento:
Apellidos/Código:	Nombre:

OBSERVACIONES PREVIAS

LOCALIZACIÓN DE LA TOMA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN

Fecha y Firma:

DOS COPIAS PARA EL LABORATORIO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTUDIO – ANATOMÍA PATOLÓGICA

Doctor:	Clínica:
---------	----------

DATOS DEL PACIENTE	
DNI/NIE:	Fecha de nacimiento:
Apellidos/Código:	Nombre:

OBSERVACIONES PREVIAS

LOCALIZACIÓN DE LA TOMA

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA LESIÓN

DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN

Fecha y Firma:

COPIA PARA LA CLÍNICA