



MEDICINA DI LABORATORIO

GALLARATE (VA) Via Vespucci, 24 - Tel. 0331 797529
E-mail: analisi@cedal.net

MILANO (MI) Piazzale Istria, 3 - Tel. 02 6072709
E-mail: analisi.milano@cedal.net



MOD.8/LAB./Rev.2024

RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO SU ESPETTORATO

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
SESSO	<input type="checkbox"/> O Maschio <input type="checkbox"/> O Femmina
Motivo dell'esame	
Esami precedenti	
Medico richiedente	