



# RICHIESTA INDAGINI DIAGNOSTICHE PER STUDIO CLINICO



Mcom6-16  
Rev.3 del 10/03/2011

Reparto:

Medico richiedente:

Studio clinico:

## Dati del paziente:

Cognome e Nome:

Luogo e data di nascita:

Codice Fiscale:

Alla Unità Operativa di:

CARDIOLOGIA SERVIZIO

FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA

LABORATORIO ANALISI

SERVIZIO NEUROLOGIA

RADIOLOGIA

Si richiedono le seguenti indagini diagnostiche:

Data .....

Timbro e Firma del Medico richiedente: .....

SPAZIO PER IL SERVIZIO DIAGNOSTICO:

**NOTA:** il presente modulo va compilato dal Medico di Reparto per richiedere gli esami specifici dei protocolli clinici. Il Servizio diagnostico registrerà l'esame a carico del Reparto richiedente. Sarà cura del Medico richiedente recuperare per via informatica e/o cartacea il referto.

**A fine mese,** i moduli evasi vanno recapitati al Nucleo per la Ricerca Clinica, presso la Farmacia Interna.