



Laboratorio Analisi e Ricerche Cliniche
Dott. Suzzi Dino & Figli s.r.l.

**RICHIEDA PER ESAME
LIQUIDO SINOVIALE**

M104
Rev.00 – 27/06/2017

COGNOME e NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA RACCOLTA _____

EVENTUALI ANNOTAZIONI _____

RICHIESTE:

- ◆ ESAME COLTURALE DEL LIQUIDO SINOVIALE CON RICERCA DI FUNGHI E BATTERI

- ◆ ESAME CHIMICO-FISICO DEL LIQUIDO SINOVIALE CON RICERCA DEI MICROCRISTALLI

- ◆ ALTRO _____

Data _____

IL MEDICO _____