

## ANALISI COLOGUARD

Prevenzione del tumore del colon retto

INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE			
(compilazione obbligatoria)			
Nome:			
Cognome:			
Data di nascita:        /        /		Codice fiscale:	
Sesso: <input type="checkbox"/> <b>Maschio</b>		<input type="checkbox"/> <b>Femmina</b>	
Indirizzo:	Via/Piazza		
	CITTA'	PROVINCIA	CAP
Telefono:		E-mail:	
Desidero ricevere i risultati all'indirizzo postale su indicato <input type="checkbox"/>			
Desidero ricevere i risultati all'indirizzo e-mail su indicato <input type="checkbox"/>			
Desidero ricevere i risultati all'indirizzo postale sotto riportato <input type="checkbox"/>			
Data Raccolta del campione*:		Data Spedizione campione:	
* Nota: inviare il campione entro 24 ore dalla sua raccolta. La spedizione deve tassativamente essere fatta nei giorni di lunedì o martedì e mercoledì. I campioni inviati negli altri giorni non possono essere analizzati.			

INFORMAZIONI SUL MEDICO/OSPEDALE/LABORATORIO RICHIEDENTE	
(compilazione obbligatoria)	
Medico	(Nome, Cognome)
Ospedale/Laboratorio/Altro	(Denominazione)
Recapito	(via, Piazza, ecc.)

INDIRIZZO AL QUALE INVIARE I RISULTATI DEL TEST			
Nome:			
Cognome:			
Indirizzo:	Via/Piazza		
	CITTA'	PROVINCIA	CAP

DATA \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_