

MODULO DI NON CONFORMITA'

RICHIEDENTE ☐ Esterno _____ ☐ Poliambulatorio _____ di _____
Ospedale _____ Reparto _____

REGIME: ☐ Ambulatoriale ☐ Ricovero Ordinario ☐ D.H. Cartella N.° _____

DATI PAZIENTE

Cognome e Nome _____ M ☐ F ☐

Data di arrivo _____

NON CONFORMITA' RISCONTRATA

| | |
|----------------------------|---|
| Modulo di richiesta | <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non Correttamente Compilato: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Reparto di provenienza non identificabile<input type="radio"/> Assenza o incompletezza dei dati anagrafici<input type="radio"/> Regime di prestazione non compilato<input type="radio"/> Trattamento del materiale non specificato<input type="radio"/> Sede anatomica non specificata<input type="radio"/> Mancanza di notizie cliniche e laboratoristiche<input type="radio"/> Assenza di referti radiologici<input type="radio"/> Nome del medico richiedente assente o illeggibile<input type="radio"/> Altro _____ |
| Impegnativa | <input type="checkbox"/> Non Regularizzata <input type="checkbox"/> Cod.Reg. Non Corrispondente Alla Prestazione |
| Campione | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Incompleta identificazione di campioni multipli (mancata distinzione dei contenitori o non corrispondenza tra campione e quanto riportato nel foglio di richiesta)<input type="radio"/> Contenitore del campione non etichettato<input type="radio"/> Contenitore privo di fissativo<input type="radio"/> Contenitore privo di materiale<input type="radio"/> Materiale in contenitore non idoneo<input type="radio"/> Chiusura incompleta con perdita del contenuto liquido<input type="radio"/> Vetrini rotti o danneggiati<input type="radio"/> Vetrini non contrassegnati o non identificabili<input type="radio"/> Altro _____ |

Contatti intrapresi con
da

Data di restituzione