ASL ROMA H / CAD DISTR. N. ____

DISTINTA PROVETTE CONSEGNATE LABORATORIO ANALISI

	colore provetta												
nominativo	trasparente	celeste	verde	nero	viola	giallo	ruggine						

FIRMA OPERATORE CAD CHE CONSEGNA _____

FIRMA OPERATORE LABORATORIO CHE RICEVE _____

(N.B.: nella casella corrispondente mettere il numero delle provette di quel colore consegnate per paziente)

eventuali annotazioni: