

AZIENDA SANITARIA 10 DI FIRENZE

**MODULO FAX INFORMATIVO  
PER NON CONFORMITA' PREANALITICA**
Codice della SCHEDA  
L\_SR\_021Presidio: **NUOVO OSPEDALE S.GIOVANNI DI DIO**Struttura organizzativa: **LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO CLINICHE**

Telefono : 055-6932308 Fax: 055-6932299

DATA:

12/01/2018

Provenienza del campione:

Lab. S. Maria Nuova		
Lab. S. M. Annunziata		
Lab. Osp. Mugello		
Lab. Osp. Figline V.no		
N.O. S. Giovanni di Dio		
S. Rosa		
Scandicci		
Lastra a Signa		
Signa		
BSL		

Canova		
Santa Monaca		
V. Morgagni		
CRI SODERINI		
Le Piagge		
Sesto Fiorentino		
Campi Bisenzio		
Calenzano		
Camerata		
D'Annunzio		

Settore: **COAGULAZIONE+EMATOLOGIA**

N. Progressivo COGNOME/NOME	Esami	Non pervenuto	Non Sufficiente	Emolisi	Coagulato
Rich. 212608 K112 CONTI MARTA	EMO+ COAGULAZIONE VES				X
Rich.	COAGULAZIONE				
Rich.	COAGULAZIONE				
Rich.	COAGULAZIONE				
Rich.	EMOCROMO				

Note:

**RIPETERE PRELIEVO**

Il Laureato Responsabile di Settore

