



Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE TOSCANA

Libretto n.	_____
Anno	_____
Azienda USL	_____

13

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA

Codice Fiscale

CLMRBNALTTGGG7ORS

Colozzini

Rubini

Cognome

Nome

V. B. enocis 65

Indirizzo

**TERZO TRIMESTRE
da 28^ª a 32^ª SETTIMANE**

Firmare e timbrare solo gli esami da effettuare:

- Esame emocromocitometrico completo con conteggio piastrine

Nominativo professionista e qualifica

Data _____ Firma e timbro _____

Dr. A. FULCINI
Spec. Ostetricia - Ginecologia
Dirigente Medico P Livello
Ov. Ostetricia - Ginecologia A.O.P.

- Toxotest in caso di negatività⁽²⁾

Nominativo professionista e qualifica

Data _____ Firma e timbro _____

Dr. A. FULCINI
Spec. Ostetricia - Ginecologia
Dirigente Medico P Livello
Ov. Ostetricia - Ginecologia A.O.P.