

AZIENDA U.S.L. n° \_\_\_\_\_ Servizio di \_\_\_\_\_

### **CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA**

Si certifica che \_\_\_/\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
risulta affett\_\_\_ da \_\_\_\_\_ considerata  
nella Legge Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n° 27 del 25/11/1983.

La diagnosi è stata basata, oltre che su dati clinici, sulla base di:

- esame ematologico n° \_\_\_\_\_ del Servizio di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- esame istologico n° \_\_\_\_\_ dell' \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### **REFERTO EMATOLOGICO**

Si attesta che \_\_\_/\_\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
risulta affett\_\_\_ da \_\_\_\_\_ considerata  
nella Legge Regionale della Regione Autonoma della Sardegna n° 27 del 25/11/1983.

☐ La malattia è stata diagnosticata in data \_\_\_\_\_ come da certificazione diagnostica a parte.

☐ Il trattamento è stato iniziato in data \_\_\_\_\_ ed è tuttora in corso, per cui \_\_\_l\_\_\_ paziente deve periodicamente presentarsi per l'effettuazione delle terapie o esami connessi allo specifico status morbosus;

☐ Il trattamento è stato interrotto in data \_\_\_\_\_ ma \_\_\_l\_\_\_ paziente, data la possibilità di ricadute e di conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

☐ Il trattamento non è stato ritenuto ancora necessario

Cagliari, li \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_