

RICHIESTA ESAME CITOLOGICO – PAP TEST

- TRADIZIONALE**
 FASE LIQUIDA
 DUO PAP (FASE LIQUIDA+HPV DNA)
 HPV DNA
 PAP TEST REFLEX (FASE LIQUIDA E SUCCESSIVAMENTE, SE DIAGNOSI DIVERSA DA NEGATIVA, HPV DNA)

AVVERTENZA: **COMPILARE IL QUESTIONARIO IN OGNI SUA PARTE.** L'incompleta o inaccurata compilazione di dati clinici e/o anamnestici possono essere causa di errate valutazioni in fase diagnostica.

Data prelievo.....Provenienza (Laboratorio)

COGNOME/NOME..... **Data di nascita**.....

RESIDENZA.....

CODICE FISCALE.....

Anamnesi ostetrico-ginecologica:

Data ultima mestruazione..... In gravidanza: sett..... Parti Aborti.....

In Menopausa dal..... Fisiologica Chirurgica

Usa anticoncezionali? MAI IN PRECEDENZA ATTUALMENTE PILLOLA IUD ALTRI

Terapia ormonale: SI NO

Obiettività ginecologica:.....

Responso esami precedenti:

CITOLOGICI:.....(data.....)

ISTOLOGICI:.....(data.....)

Precedenti interventi e terapie:

HRT Chirurgico: (diagnosi/data).....

DTC CONIZZAZIONE ISTERECTOMIA TOT. ISTERECTOMIA SUBTOT.

Altro.....

CHEMIOTERAPIA RADIOTERAPIA per..... data.....

Tipo prelievo: Vaginale Portio spatolato Endocervicale Cupola vaginale

A CURA DELLA SEZ. ANATOMIA PATOLOGICA:

DATA RICEZIONE

MEDICO RICHIEDENTE

FIRMA (LEGGIBILE).....