



RICHIESTA ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo e data di nascita _____, GG / MM / AAAA Tel: _____

Codice Fiscale: _____ Cod. esenzione: _____

Indirizzo (via, città): _____

CENTRO DI PRELIEVO

- Consultorio _____ ASL _____
- Paziente ricoverata _____ (ospedale e reparto) Pre-ricovero
- Ambulatorio divisionale Ambulatoriale SSN Ambulatoriale LP
- CONVENZIONI (nome ente - sede) _____

DATI ANAMNESTICI

Data inizio ultima mestruazione GG / MM / AAAA Menopausa da (anno): AAAA

Gravidanza in atto SI NO

Ultima gravidanza MM / AAAA

ANTICONCEZIONALI

- Estro-progestinici Attualmente In precedenza
- I.U.D. Attualmente In precedenza
- Altro _____ Attualmente In precedenza

TERAPIE

- ORMONALE Attualmente In precedenza
- CHEMIOTERAPIA Attualmente In precedenza
- RADIOTERAPIA Attualmente In precedenza

Specificare farmaco e motivo della terapia

INTERVENTI

- DTC Laser Conizzazione
- Isterectomia: Totale Subtotale Annessiectomia bilat.
- Altro (specificare): _____

Specificare diagnosi, data e sede di esecuzione intervento

ESAMI PRECEDENTI (citologici e/o istologici. Indicare: diagnosi, data e sede di esecuzione, N° dell'esame)

OBIETTIVITÀ GINECOLOGICA: _____

PERDITE EMATICHE ATIPICHE: SI NO se sì, indicare anno e caratteri _____SEDE DI PRELIEVO: PORTIO: spatola ENDOCERVICE: spazzola ENDOCERVICE: tampone VAGINA: aspirato
 DISPOSITIVO UNICO ESO/ENDO CERVICALE CUPOLA: spatola ALTRO: _____TIPO DI PRELIEVO: STRISCIO CONVENZIONALE LIQUIDO PER STRATO SOTTILE

DATA DEL PRELIEVO: ____ / ____ / ____

PRELEVATORE: _____

Firma e Timbro

DATA ACCETTAZIONE:

n. ESAME

AREA RISERVATA. NON COMPILARE QUI!