

PAZIENTE / Etichetta / Compilare

Nome: _____
Nom da nubile: _____
Cognome: _____
Strada, No: _____
CAP, Luogo: _____
Telefono: _____
Data di nascita: _____ Il suo Paz-ID: _____
☐ Donna ☐ Uomo ☐ Altro: _____
Assicurazione Malattia: _____
N. assicurato: _____
Fattura a: ☐ Paziente ☐ Assicurazione ☐ Committente

COMMITTENTE / Timbro / Etichetta / Compilare

Nome: _____
Cognome: _____
Strada, No: _____
CAP, Luogo: _____
Telefono: _____
HIN indirizzo: _____
Copia del rapporto a: _____
Data prelievo: _____
URGENTE: ☐

INDICAZIONE

- ☐ Controllo / malattia
☐ Prevenzione (ogni 3 anni)
☐ Gravidanza

MATERIELE DEL PRELIEVO

- ☐ Vaso ThinPrep
☐ Stricio convenzionale
Numero di campioni: _____

SEDE DEL PRELIEVO

- ☐ Eso/Endocervice ☐ Esocervice ☐ Endocervice
☐ Vagina ☐ Vulva ☐ Altro:

PCR ANALISI

- ☐ HPV tipizzazione (a basso e alto rischio) ☐ HPV-HR+tip. in caso di atipia citologica $\geq$ ASCUS
☐ HPV ad alto rischio
☐ Chlamydia trachomatis ☐ Neisseria gonorrhoeae ☐ Mycoplasma / Ureaplasma ☐ HSV 1/2
☐ STI Panel (C. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, Mycoplasma/ureaplasma) ☐ Altro:
☐ **Solo HPV-HR** (senza analisi citologica)

INFORMAZIONI CLINICHE

- ☐ Data ultima mestruazione: _____
☐ Gravidanza: _____
☐ Post-partum: _____
☐ Menopausa: _____
☐ Sanguinamento postmenopausale: _____
☐ Sanguinamento continuo: _____
☐ Sanguinamento da contatto: _____
☐ Altri sanguinamenti: _____

- ☐ DIU: _____
☐ Pillola: _____
☐ Trattamento ormonale: _____
☐ Isterectomia totale: _____
☐ Isterectomia parziale: _____
☐ Conizzazione: _____
☐ Radio-/Chemioterapia: _____
☐ Trattamento per l'infiammazione: _____

CERVICE

- ☐ Normale
☐ ZT Tip: _____
☐ Iodio: _____
☐ Acido acetico: _____

☐ Polipo: _____
☐ Mosaico: _____
☐ Puntinatura: _____

Altri risultati colposcopici

Analisi precedenti: citologia, biopsia, hpv, ecc.