

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: ☐

Tipo di campione

Materiale del campione

☐ Liquido
☐ Secreto / Raschiatura
☐ Aspirato / Puntato
☐ Vaso ThinPrep® / CytoLyt®
☐ Vetrini preparati (fissati a spruzzo)
☐ Altro: _____

Numero di vasi ricevuti: _____
Numero di vetrini ricevuti: _____

Sede del prelievo

Spazzolatto anale ☐ ☐ Tipizzazione HPV (HR + LR)
Urina ☐ Spontaneo ☐ Cateterizzato
Mammella ☐ Sinistro ☐ Secreto ☐ Cisti ☐ Nodulo
☐ Destra ☐ Secreto ☐ Cisti ☐ Nodulo
Escreato ☐

Localizzazione precisa:

Terapia: ☐ Cheimo- / Radioterapia ☐ Ormoni ☐ Altro: _____
Indicazione: ☐ Sospetto ☐ Maligno ☐ Altro: _____

Altre informazioni cliniche / Commenti:

Solo per uso di laboratorio

☐ Spessa ☐ Aquaso
☐ Sparso ☐ Chiaro
☐ Sanguinolento ☐ Torbido
Couleur: _____
Volume (ml): _____

Altre annotazioni:

Visum e data: