

## RICHIESTA PER ANALISI MICROBIOLOGIA MOLECOLARE

LABORATORIO RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

MEDICO RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

ANALISI RICHIESTA:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i><br><input type="checkbox"/> <i>GARDNERELLA VAGINALIS</i><br><input type="checkbox"/> <i>MYCOPLASMA GENITALIUM</i><br><input type="checkbox"/> <i>MYCOPLASMA HOMINIS</i><br><input type="checkbox"/> <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i><br><input type="checkbox"/> <i>TRICHOMONAS VAGINALIS</i><br><input type="checkbox"/> <i>TREPONEMA PALLIDUM</i><br><input type="checkbox"/> <i>UREAPLASMA UREALYTICUM</i> e <i>PARVUM</i><br><input type="checkbox"/> <i>CANDIDA ALBICANS</i> | <input type="checkbox"/> VAGINOSI BATTERICHE<br><small>(quantizzazione batteri, <i>Lactobacillus spp.</i>,<br/><i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Atopobium vaginae</i>)</small><br><br><input type="checkbox"/> PANNELLO "BATT 6", CERVICITE<br><small>(<i>C.trachomatis</i>, <i>M.genitalium</i>, <i>M.hominis</i>,<br/><i>N.gonorrhoeae</i>, <i>T.vaginalis</i>, <i>U.urealyticum</i> <i>U. parvum</i>)</small><br><br><input type="checkbox"/> CANDITEST<br><small>(<i>C. albicans</i>, <i>C. glabrata</i>, <i>C. krusei</i>)</small> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### DATI ANAGRAFICI

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

### DATI PRELIEVO

Materiale/Sede prelievo:

- |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tampone cervicale<br><input type="checkbox"/> Tampone uretrale<br><input type="checkbox"/> Tampone vaginale<br><input type="checkbox"/> Tampone vulvare | <input type="checkbox"/> Tampone rettale<br><input type="checkbox"/> Liquido seminale<br><input type="checkbox"/> Preparati liquidi analisi citologiche<br><input type="checkbox"/> Urine del primo mitto |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Data prelievo: \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Il medico richiedente \_\_\_\_\_

### Consenso al trattamento dati

Avendo ricevuto, letto e compreso l'informativa a me consegnata, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inerenti la salute ai sensi degli articoli 4, 9 GDPR secondo le finalità per le quali sono stati raccolti e/o trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsto dalla D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016. In particolare presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per fini diagnostici, statistici, epidemiologici e di ricerca (in forma anonima).

Firma paziente \_\_\_\_\_