

## RICHIESTA PER L'ESAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINALE E PER L'ESAME HPV

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

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

ANALISI CITOLOGICA richiesta:

PAP TEST CONVENZIONALE (PAP)  PAP TEST SU STRATO SOTTILE (MONOPA)

ANALISI di BIOLOGIA MOLECOLARE PER HPV richiesta:

SCREENING QUALITATIVO (ASDNA1)  TIPIZZAZIONE 40 GENOTIPI (ASDNA2)  
 TIPIZZAZIONE ALTO RISCHIO ONCOGENO (ASDNA3)  GENOTIPO PREVALENTE (ASDNA4)

DATI ANAGRAFICI

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

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

Residenza: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

DATI PRELIEVO

Sede prelievo:

Esocervice  Endocervice  Cupola

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

Note \_\_\_\_\_

DATI PREGRESSI

Esito ultimo PAP Test: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Negativo  ASC-US  AGUS  ASC-H  
 LSIL (HPV-CIN1)  HSIL (CIN2-CIN3)  Carcinoma Squamo cellulare  Adenocarcinoma

Trattamenti pregressi SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Tipo:  DTC  Leep  Laser  Cono

Esito ultimo HPV: \_\_\_\_\_ Genotipo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Data ultima mestruazione: \_\_\_\_\_  Gravidanza  IUD

Menopausa dal: \_\_\_\_\_  Trattamenti ormonali  Chemio/radioterapia

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

**NB:** il riscontro di un test HPV positivo è indice di presenza del virus nel campione esaminato, ma non fa di per sé diagnosi di malattia. Infatti, nella maggioranza dei casi si riscontrano infezioni transitorie che si risolvono spontaneamente, senza necessità di terapie e senza lasciare sequele. Perchè si sviluppi una lesione precancerosa della cervice uterina, possibile premessa di una lesione cancerosa vera, è necessaria la persistenza del virus per lunghi periodi, e che alla sua presenza si affianchi la contemporanea presenza di altri fattori di rischio.

Avendo ricevuto, letto e compreso l'informativa a m e 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 \_\_\_\_\_