

## RICHIESTA PER ANALISI HPV

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

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

ANALISI RICHIESTA:

- |                          |                                    |               |
|--------------------------|------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | SCREENING QUALITATIVO              | (cod. ASDNA1) |
| <input type="checkbox"/> | TIPIZZAZIONE ALTO RISCHIO ONCOGENO | (cod. ASDNA3) |
| <input type="checkbox"/> | TIPIZZAZIONE 32 GENOTIPI           | (cod. ASDNA2) |
| <input type="checkbox"/> | COMBINATO PAP-HPV                  | (cod. DUOP)   |
| <input type="checkbox"/> | HPV-REFLEX                         | (cod. HPV-RE) |

### DATI ANAGRAFICI

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

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

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

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

### DATI PRELIEVO

Materiale/Sede prelievo:

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

Data prelievo: \_\_\_\_\_ PAP test concomitante: SI  NO

### DATI PREGRESSI

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

- |  |   |                                    |   |
|--|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Negativo        | <input type="checkbox"/> ASC-US           | <input type="checkbox"/> AGUS      | <input type="checkbox"/> ASC-H          |
| <input type="checkbox"/> LSIL (HPV-CIN1) | <input type="checkbox"/> HSIL (CIN2-CIN3) | <input type="checkbox"/> Carcinoma | <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma |
- Squamo cellulare

Trattamenti pregressi: SI  NO

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

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

Altri dati: \_\_\_\_\_

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

**NB:** Il riscontro di un test 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. Perché 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 quali, ad esempio, il fumo o la presenza di patologie o farmaci che riducano le difese immunitarie.

#### 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 previsti 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 \_\_\_\_\_