

RICHIESTA PER L'ESAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINALE

LABORATORIO RICHIEDENTE _____

MEDICO RICHIEDENTE _____

ANALISI CITOLOGICA richiesta:

PAP TEST CONVENZIONALE

PAP TEST SU STRATO SOTTILE

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Residenza: _____ Città: _____

Codice fiscale: _____ Telefono: _____

DATI PRELIEVO

Sede prelievo:

Esocervice

Endocervice

Cupola

Data prelievo _____

NOTIZIE CLINICHE

Eseguito HPV test concomitante?

NO SI

DATI PREGRESSI

Data ultima mestruazione _____

Menopausa dal: _____

Non usare. Spazio riservato al laboratorio per la diagnosi

Il medico richiedente _____

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 _____