

RICHIESTA PER ANALISI DI MICROBIOLOGIA CLASSICA

Endometriale

LABORATORIO RICHIEDENTE: _____

MEDICO RICHIEDENTE: _____

ANALISI RICHIESTA:

- TAMPONE ENDOMETRIALE (cod. TEND)
- MYCOPLASMA HOMINIS* e *UREAPLASMA UREALYTICUM* (cod. ICOU)
- CHLAMYDIA TRACHOMATIS* (cod. CHL)
- ANTIBIOGRAMMA

DATI ANAGRAFICI

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

DATI PRELIEVO

Materiale/Sede prelievo:

- Liquido endometriale
- Altro: specificare _____

Data prelievo: _____

NOTE

Il medico richiedente _____

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 _____