

RICHIESTA PER ANALISI DI MICROBIOLOGIA CLASSICA

LABORATORIO RICHIEDENTE: _____

MEDICO RICHIEDENTE: _____

ANALISI RICHIESTA:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TAMPONE VAGINALE (germi comuni, <i>Streptococco</i> , <i>Stafilococco</i> , miceti) | |
| <input type="checkbox"/> TAMPONE ENDOCERVICALE | |
| <input type="checkbox"/> TAMPONE VAGINO/RETTALE (<i>Streptococcus agalactiae</i>) | |
| <input type="checkbox"/> TAMPONE RETTALE | |
| <input type="checkbox"/> TAMPONE FARINGEO | |
| <input type="checkbox"/> TAMPONE GENERICO | <input type="checkbox"/> ANTIBIOGRAMMA |
| <input type="checkbox"/> ESPETTORATO | <input type="checkbox"/> ANTIMICOGRAMMA |
| <input type="checkbox"/> <i>TRICHOMONAS VAGINALIS</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>GARDNERELLA VAGINALIS</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>MYCOPLASMA HOMINIS</i> e <i>UREAPLASMA UREALYTICUM</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> | |
| <input type="checkbox"/> <i>NEISSERIA GONORRHOEAE</i> | |
| <input type="checkbox"/> LACTOBACILLI | |

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"/> Tampone vagino-rettale |
| <input type="checkbox"/> Tampone vaginale | <input type="checkbox"/> Liquido seminale |
| <input type="checkbox"/> Tampone vulvare | <input type="checkbox"/> Ulcere, ferite, piaghe (specificare la zona) |

Data prelievo: _____

Gravidanza SI NO

Settimana di gestazione _____

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 _____