

**Scheda di Accettazione Campioni Infettivologia Ginecologica**

Data: \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SUL CAMPIONE**

Nome Campione: \_\_\_\_\_ Codice Campione (cliente): \_\_\_\_\_  
 Data di nascita: \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_ Indicazioni all'Esame: \_\_\_\_\_

**PAZIENTE**

Tel \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_

**TIPO CAMPIONE BIOLOGICO (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)**

Tampone:  Vaginale  Cervicale  Rettale  Uretrale  Buccale.  Sangue (EDTA)  Altro: \_\_\_\_\_

**OBIETTIVITÀ GINECOLOGICA**

\_\_\_\_\_  Perdite ematiche atipiche

**INFORMAZIONI CLINICHE**

Ultime mestruazioni: \_\_\_\_\_  gravidanza, settimana \_\_\_\_\_  Menopausa  Anticoncezionali  Chemio/radioterapia

Motivo del prelievo/sospetto clinico: \_\_\_\_\_

Precedenti citologici/Istologici: \_\_\_\_\_

Terapie precedenti:  DTC  Laserterapia  Conizzazione  Isterectomia totale/subtotale  Altro: \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI REFERTAZIONE (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)**

Medico / Studio / Laboratorio (secondo scheda conoscitiva in nostro possesso)  Paziente  
 E-mail, all'indirizzo: \_\_\_\_\_  On-line  Posta Prioritaria  Ns corriere

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate. Per attivare la refertazione al paziente online è obbligatorio fornire una username e password da indicare di seguito:

Username (utilizzare indirizzo e-mail): \_\_\_\_\_

Password: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI FATTURAZIONE (selezionare la/e casella/e corrispondente/i)**

Medico / Studio / Laboratorio (secondo scheda conoscitiva in nostro possesso)  Paziente (compilare i campi sottostanti)

Nome Cognome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Privacy:** Questo documento è stato generato da Genoma Group ed è impiegato ad uso esclusivo di Laboratori esterni che ne facciano richiesta. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono + (39) 06.8811270 oppure di inviarlo tempestivamente al seguente indirizzo: Genoma Group - Laboratori e Studi Medici c/o Via Castel Giubileo, 11 - 00138 Roma. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo documento costituisce violazione dell'obbligo di non prendere visione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali.

Ai sensi dell'art.13 del D.lgs n.196 del 30 giugno 2003 e Reg. EU 2016-679 autorizzo il laboratorio GENOMA Group srl al trattamento dei propri dati personali e sensibili, per le finalità sopra indicate (informativa completa disponibile su richiesta).

Firma: \_\_\_\_\_

**ANALISI RICHIESTE (barrare le caselle corrispondenti)**

**HPV (Papilloma virus)**

HPV Screening Alto Rischio (CE-IVD)  HPV Tipizzazione Alto Rischio (CE-IVD)  HPV Screen+Tipiz. Alto Rischio (CE-IVD)  
 HPV screening tutti i genotipi virali  HPV Tipizzazione tutti i genotipi virali  HPV scree+Tipiz. tutti i genotipi virali

**CITOLOGIA e HPV**

PAP-test (vetrino)  DUOPAP Alto Rischio: PAP-test fase liquida + HPV Tipizzazione Alto Rischio  
 PAP-test in fase liquida - strato sottile  DUOPAP: PAP-test fase liquida + HPV Tipizzazione tutti i genotipi virali  
 Altro: \_\_\_\_\_ **NB: per il DUOPAP è necessario inviare un tampone aggiuntivo CytoBrush a secco; per il DUOPAP HR è sufficiente il campione per la citologia in fase liquida**

**MICROBIOLOGIA MOLECOLARE - analisi qualitative**

Candida albicans  Gardnerella vaginalis  Mycoplasma genitalium  Streptococcus agalactiae B  Trichomonas vaginalis  
 Chlamidya trachomatis  Mycoplasma hominis  Neisseria gonorrhoeae  Staphylococcus Saprophyticus  Ureaplasma urealyticum

**MICROBIOLOGIA COLTURALE (service)**

Tampone germi comuni  Antibiogramma germi comuni  Altro: \_\_\_\_\_