

Scheda di Accettazione Campioni Infettivologia

Data: _____

MEDICO/SPECIALISTA: _____

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 o UROLOGICA

_____ 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
 On-line Posta Prioritaria Ns corriere

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 679/2016 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate. Per attivare la refertazione al paziente online è obbligatorio fornire una mail: _____

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

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 Eurofins 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: Eurofins 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 del Reg. EU 2016-679 autorizzo il laboratorio EUROFINS 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 HR Screening alto rischio CE-IVD HPV HR Genotipiz. alto rischio CE-IVD HPV Screening tutti i tipi HPV Genotipizz. tutti i tipi
 Estensione a tipizzazione HR (CE-IVD) (in caso di screening positivo) Estensione a tipizzazione di tutti i tipi (in caso di screening positivo)

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

- Candida albicans Mycoplasma genitalium Chlamidya trachomatis
 Gardnerella vaginalis Neisseria gonorrhoeae Streptococcus Beta emolitico molecolare (tampone a secco)
 Trichomonas vaginalis Ureaplasma urealyticu Mycoplasma hominis
 Altro: _____ Staphylococcus Saprophyticus

MICROBIOLOGIA COLTURALE (SERVICE)

- Tampone germi comuni Antibiogramma germi comuni Streptococcus Beta emolitico colturale (tampone in gel)
 Altro: _____