

Timbro Medici/Laboratori

Scheda di Accettazione Microbiologia

da inviare a Eurofins Genoma Group

(* Campo obbligatorio)

Data: _____

DATI ANAGRAFICI (Compilare in stampatello)

Nome*: _____ Cognome*: _____ Data di nascita*: _____

Codice fiscale*: _____ Luogo di nascita*: _____ Prov.: _____

Codice Campione (Riservato al Medico): _____ Data di prelievo*: _____ Sesso*: F M

DATI CAMPIONE * (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e/o compilare)

Tipo di campione:

Sede del prelievo:

<input type="checkbox"/> Thin-prep	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare): _____	<input type="checkbox"/> Buccale	<input type="checkbox"/> Uretrale
<input type="checkbox"/> Tampone a secco	_____	<input type="checkbox"/> Vaginale	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Tampone in gel	_____	<input type="checkbox"/> Cervicale	_____
<input type="checkbox"/> Liquido seminale	_____	<input type="checkbox"/> Rettale	_____

ANALISI RICHIESTA * (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicazione all'esame (* in caso di minore necessaria la prescrizione medica): _____

MOLECOLARE	<input type="checkbox"/> <i>Candida albicans</i>	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> CMV Quantitativa
	<input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i>	<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> EBV Quantitativa
	<input type="checkbox"/> <i>Gardnerella vaginalis</i>	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HCV Quantitativa
	<input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HBV Quantitativa
	<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma genitalium</i>	<input type="checkbox"/> HDV	<input type="checkbox"/> HDV Quantitativa
	<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hominis</i>	<input type="checkbox"/> HIV-RNA	<input type="checkbox"/> HIV-RNA Quantitativa
	<input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/> HIV-DNA	<input type="checkbox"/> HHV6
	<input type="checkbox"/> <i>Ureaplasma urealyticum</i>	<input type="checkbox"/> HSV 1/2	<input type="checkbox"/> Rubeovirus
	<input type="checkbox"/> <i>Ureaplasma parvum</i>	<input type="checkbox"/> Toxoplasma	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare): _____
	<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus saprophyticus</i>	<input type="checkbox"/> VZV	_____
	<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> -Beta Emolitico molecolare (Tampone a secco)	<input type="checkbox"/> <i>Helicobacter pylori</i>	_____
	<input type="checkbox"/> Pannello STI (<i>Chlamydia</i> , <i>Gardnerella</i> , <i>M. Genitalium</i> , <i>M. Hominis</i> , <i>Neisseria</i> , <i>Trichomonas</i> , <i>U. Urealitycum</i> e <i>U. Parvum</i>)	<input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	_____
		<input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	_____
SERVICE	<input type="checkbox"/> Tampone Germi Comuni	<input type="checkbox"/> Antibiogramma Germi Comuni	
	<input type="checkbox"/> <i>Sterptococcus agalactiae</i> - Beta emolitico culturale (Tampone in gel)	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____	_____

Timbro Medici/Laboratori

da inviare ad Eurofins Genoma Group

(*Campo obbligatorio)

NOTE ANAMNESTICHE e/o ESAME OBIETTIVO * (Compilare)

Sospetto clinico: _____

Informazioni cliniche (infezioni pregresse, terapie pregresse o in atto, ecc.):

Firma dello Specialista*: _____

MODALITÀ DI FATTURAZIONE E REFERTAZIONE* (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Indicare preferenze di invio:

Fattura

Referto

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

Informazioni per fatturazione al paziente: Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n. _____ CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Informazioni per refertazione al paziente:

Indirizzo E-mail: _____ Numero di telefono: _____

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

Io sottoscritto _____ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 l'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA* _____ Firma dei genitori e/o tutori _____

Da compilare a cura del Personale Eurofins Genoma (Indicare il numero e il tipo di campioni pervenuti):

Sangue periferico (EDTA) n° _____

Siero n° _____

Tampone *a secco* n° _____

Tampone *in gel* n° _____

Altro (*Specificare*) _____ n° _____

Liquido Amniotico

Villi Coriali

Liquido Seminale

Data e Ora:

Sigla:
