eurofins

Genoma

Timbro Medici/Laboratori

Scheda di Accettazione Citologia extra vaginale e Istologia

da inviare ad Eurofins Genoma Group

	(* Campo obblig	<u>atori</u>	o) Data:					
DATI PAZIENTE (Compilare in stampatello)								
Nome*:_	Cognome*:		Data di nascita *:					
Codice fiscale*: Luogo di na		scita*: Prov.:						
Codice C	Tampione (Riservato al Medico):	Data	di prelievo*: Sesso*: F	M				
	DATI CAMPIONE * (Selezionare la/e casell	a/e d	orrispondente/i e/o compilare)					
ISTOLOGIA	□ Asportazione di lesione/neoformazione # □ Biopsia sede unica # □ Biopsia sedi multiple # □ Polipectomia sede unica # □ Polipectomia sedi multiple # □ Conizzazione □ Raschiamento o prelievo di cavità □ Biopsia endometriale per Immunoistochimica (CD138 e CD56) □ Altro (Specificare) #:		Campione citologico # Agoaspirato # Versamento # Espettorato Brushing # Secrezione capezzolo Altro (Specificare) #:	CITOLOGIA EXTRA-VAGINALE				
	N.B.: Per tutte le biopsie è necessario utilizzare il dispos			i d'uso).				
	ANALISI RICHIESTA * (Selezionare la/e cas	ella/	e corrispondente/i e compilare)					
НРУ	 □ HPV Alto Rischio - HR (14 Virotipi) □ HPV Immunoistochimica p16 + HPV HR (Biopsia in formalina) 		HPV Alto & Basso Rischio (28 Virotipi) HPV Immunoistochimica p16 + HPV Alto & Rischio (Biopsia in formalina)	Basso				
Altro (<i>Specificare</i>):								
Elenco ca	ora si renda necessario approfondimento Immunoistochimico sul cam ampioni inviati: etrino ☐ Thin-prep ☐ Formalina ☐ Altro:		# Sede prelievo e descrizione camp					
	etrino Thin-prep Formalina Altro:							
C Vetrino Thin-prep Formalina Altro:								
D Vetrino Thin-prep Formalina Altro:								
E Ve	etrino 🗖 Thin-prep 🤲 Formalina 🦳 Altro:							

Timbro Medici/Laboratori



da inviare ad Eurofins Genoma Group

(*Campo obbligatorio)

NOTE ANAMNESTICHE e/o ESAME	OBIETTIVO* (Com	pilare in stampatello)	
Sospetto clinico/ Indicazione all'esame:			
Precedenti esami isto-citologici:			
Informazioni cliniche (infezioni pregresse, terapie pregi	resse o in atto, ecc.)	:	
NEI CASI OSTETRICO-GINOCOLOGICI:			
Data dell'ultima mestruazione:// Eventuali terapie ormonali			
Firm	na dello Specialista*:		
MODALITÀ DI FATTURAZIONE E REFERTAZIO	NE* (Selezionare la/e	casella/e corrispondent	e/i e compilare)
ndicare preferenze di invio: DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva) PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)	Fattura	Referto □ □	
nformazioni per fatturazione al paziente: Indirizzo e-mail:			
ndirizzo di residenza:	n CAP:	Città:	Provincia:
nformazioni per refertazione al paziente:			
ndirizzo E-mail:		lumero di telefono:	
e indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito https://www	v.laboratoriogenoma.eu/.		
o sottoscritto aut	torizzo ai sensi del Reg. EL	J 2016-679 l'invio del referto	nelle modalità sopra indica
irma* Firma dei genitori e/	o tutori		
Da compilare a cura del Personale Eurofins Genoma (Indicare il nu	ales de la constant		
Vetrino n°	imero e il tipo di campioni perve	Data e Ora:	
☐ Thin-prep n°			
☐ Tampone (Specificare)	n°	Sigla:	
□ Biopsia in formalina	n°		
☐ Altro (Specificare)	n°		

Questo documento è utilizzato da Eurofins Genoma Group, in qualità di Responsabile del Trattamento. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e/o 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.