

Timbro Medici/Laboratori

Scheda di Accettazione Citologia extra vaginale e Istologia

da inviare ad Eurofins Genoma Group

(* Campo obbligatorio)

Data: _____

DATI PAZIENTE (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)

ISTOLOGIA	<input type="checkbox"/> Asportazione di lesione/neoformazione #	<input type="checkbox"/> Campione citologico #
	<input type="checkbox"/> Biopsia sede unica #	<input type="checkbox"/> Agoaspirato #
	<input type="checkbox"/> Biopsia sedi multiple #	<input type="checkbox"/> Versamento #
	<input type="checkbox"/> Polipectomia sede unica #	<input type="checkbox"/> Espettorato
	<input type="checkbox"/> Polipectomia sedi multiple #	<input type="checkbox"/> Brushing #
	<input type="checkbox"/> Conizzazione	<input type="checkbox"/> Secrezione capezzolo
	<input type="checkbox"/> Raschiamento o prelievo di cavità	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare) #:
	<input type="checkbox"/> Biopsia endometriale per Immunoistochimica (CD138 e CD56)	
	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare) #:	

N.B.: Per tutte le biopsie è necessario utilizzare il dispositivo preposto con formalina (vedere istruzioni d'uso).

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

HPV	<input type="checkbox"/> HPV Alto Rischio - HR (14 Virotipi)	<input type="checkbox"/> HPV Alto & Basso Rischio (28 Virotipi)
	<input type="checkbox"/> HPV Immunoistochimica p16 + HPV HR (Biopsia in formalina)	<input type="checkbox"/> HPV Immunoistochimica p16 + HPV Alto & Basso Rischio (Biopsia in formalina)

Altro (Specificare): _____

✓ Qualora si renda necessario approfondimento Immunoistochimico sul campione già prelevato, l'esame richiederà 3 gg in più di lavorazione.

Elenco campioni inviati:

Sede prelievo e descrizione campione:

A	<input type="checkbox"/> Vetrino <input type="checkbox"/> Thin-prep <input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Altro:	_____
B	<input type="checkbox"/> Vetrino <input type="checkbox"/> Thin-prep <input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Altro:	_____
C	<input type="checkbox"/> Vetrino <input type="checkbox"/> Thin-prep <input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Altro:	_____
D	<input type="checkbox"/> Vetrino <input type="checkbox"/> Thin-prep <input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Altro:	_____
E	<input type="checkbox"/> Vetrino <input type="checkbox"/> Thin-prep <input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Altro:	_____

Timbro Medici/Laboratori

da inviare ad Eurofins Genoma Group

(*Campo obbligatorio)

NOTE ANAMNESTICHE e/o ESAME OBIETTIVO* (Compilare in stampatello)

Sospetto clinico/ Indicazione all'esame: _____

Precedenti esami isto-citologici: _____

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

NEI CASI OSTETRICO-GINOCOLOGICI:

Data dell'ultima mestruazione: ____/____/____ Gravidanze: ____ Aborti: ____

Eventuali terapie ormonali _____

Firma dello Specialista*: _____

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

Indicare preferenze di invio:

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

Fattura

Referto

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):

- Vetrino n° ____
- Thin-prep n° ____
- Tampone (Specificare) _____ n° ____
- Biopsia in formalina _____ n° ____
- Altro (Specificare) _____ n° ____

Data e Ora:

Sigla:
