

Timbro Medici/Laboratori

Scheda di Accettazione Citologia uro-genitale

da inviare ad 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 compilare)

Tipo di campione:

Sede del prelievo:

- Vetrino
- Thin-prep
- Tampone a secco

- Endocervice
- Esocervice
- Cupola Vaginale

- Endometrio
- Ano
- Altro: _____

Obiettività ginecologica: _____

- Perdite ematiche atipiche

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

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

HPV

- HPV Alto Rischio - HR (14 Virotipi)
- HPV mRNA
(Tampone a secco o Thin-prep)
- HPV Alto & Basso Rischio (28 Virotipi)
- HPV Immunoistochimica p16 su citologico
(Spatolato in Thin-prep)

CITOLOGIA E HPV

- PAP-TEST (Vetrino)
- PAP-TEST (Thin-prep)
- FULL-PAP su citologico: (PAP-test Thin-prep + HPV Alto Rischio + Immunoistochimica p16)
- DUOPAP Alto Rischio HR: (PAP-test Thin-prep + HPV Alto Rischio 14 Virotipi)
- DUOPAP Alto & Basso Rischio: (PAP-test Thin-prep + HPV Alto & Basso Rischio 28 Virotipi)

Altro: Nel caso siano richiesti ulteriori esami di Microbiologia, oltre all'HPV, fare riferimento alla scheda dedicata (Mod. PR 11 G1).

N.B. Per tali indagini aggiuntive è richiesto un ulteriore tampone.

Timbro Medici/Laboratori

da inviare ad Eurofins Genoma Group

(*Campo obbligatorio)

NOTE ANAMNESTICHE e/o ESAME OBIETTIVO * (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i e compilare)

Data UM: ____/____/____	<input type="checkbox"/> In Menopausa	<input type="checkbox"/> In Gravidanza (Sett.: ____)	<input type="checkbox"/> Allattamento
Terapie anticoncezionali:	<input type="checkbox"/> Pillola: <input type="checkbox"/> In atto <input type="checkbox"/> In precedenza	<input type="checkbox"/> IUD: <input type="checkbox"/> In atto <input type="checkbox"/> In precedenza	
<input type="checkbox"/> Altre terapie (Specificare): _____			

Precedenti esami citologici/istologici:

Data esecuzione:

<input type="checkbox"/> DTC	<input type="checkbox"/> Conizzazione	<input type="checkbox"/> Isterectomia totale
<input type="checkbox"/> Laserterapia	<input type="checkbox"/> Leep	<input type="checkbox"/> Isterectomia subtotale

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:

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.laboratoriogenoma.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 a secco n° ____

Altro (Specificare) _____ n° ____

Data e Ora:

Sigla: