



RICHIESTA ESAME CITOLOGICO—CERVICO VAGINALE

P.O./ D.S.B. _____ U.O. /SERVIZIO _____

Al Servizio di Anatomia Patologica di: _____

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____ Indirizzo _____

Città _____ Telefono _____

Tipo prelievo: ☐ STANDARD ☐ ESOCERVICE ☐ ENDOCERVICE ☐ CUPOLA ☐ ALTRO

Dati Anamnestici: inizio ultima mestruazione ____/____/____ durata ciclo ____ menopausa da ____/____/____

Gravidanze in atto: _____ Gravidanze nr: _____ Ultima gravidanza: _____

Anticoncezionali: ☐ No ☐ Si

Attualmente	In precedenza	I.U.D.	Estro-progestinici	Altro
☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	☐ No ☐ Si	

Terapie: ☐ NO ☐ SI	☐ ORMONALE	☐ In corso ☐ In precedenza	☐ DTC	☐ Laser	☐ Conizzazione
---	-----------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Isterectomia:	☐ Totale	☐ Subtotale	☐ Annessiectomia bilaterale
----------------------	---------------------------------	------------------------------------	--

Radioterapia:	☐ In corso	☐ In precedenza
----------------------	-----------------------------------	--

Terapie in atto:	Altro:
-------------------------	---------------

Interventi (Diagnosi, data e sede di esecuzione)

Esami precedenti (citologici e/o istologici: indicare diagnosi, date e sede di esecuzione, n° del vetrino)

Obiettività Ginecologica: ☐ N.di R. ☐ Polipo ☐ Ectropion ☐ Stenosi del C.C. ☐ Atrofia ☐ Vaginite	Perdite ematiche atipiche: ☐ No ☐ Si ☐ Note
---	--

Notizie cliniche essenziali:

Indicazione al PAP-Test ExtraScreening:

Rischio Biologico:	Numero contenitori inviati:
---------------------------	-----------------------------

Luogo e data ____/____/____

MEDICO RICHIEDENTE

TIMBRO E FIRMA