



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIA
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
P. Iva e C.F.02570930848

ALLEGATO 2

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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
---	--

Attualmente	In precedenza	I.U.D.	Estro-progestinici	Altro		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	

Terapie: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> ORMONALE	<input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> In precedenza	<input type="checkbox"/> DTC	<input type="checkbox"/> Laser	<input type="checkbox"/> Conizzazione
--	-----------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

Isterektomia:	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Subtotale	<input type="checkbox"/> Annessiectomia bilaterale		
---------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--

Radioterapia:	<input type="checkbox"/> In corso	<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> N.di R. <input type="checkbox"/> Polipo <input type="checkbox"/> Ectropion <input type="checkbox"/> Stenosi del C.C. <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Vaginite	Perdite ematiche atipiche: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	---

Notizie cliniche essenziali:

Indicazione al PAP-Test ExtraScreening:

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

Luogo e data _____ / ____ / ____

MEDICO RICHIEDENTE

TIMBRO E FIRMA