

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)

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: ____/____/____	☐ In Menopausa	☐ In Gravidanza (Sett.: ____)	☐ Allattamento
Terapie anticoncezionali:	☐ Pillola:	☐ In atto ☐ In precedenza	☐ IUD: ☐ In atto ☐ In precedenza
☐ Altre terapie (Specificare): _____			

Precedenti esami citologici/istologici:

Data esecuzione:

☐ DTC	☐ Conizzazione	☐ Isterectomia totale
☐ Laserterapia	☐ LEEP	☐ 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:

Fattura

Referto

DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (Secondo scheda conoscitiva)

☐☐

PAZIENTE - Online (Compilare campi sottostanti)

☐☐

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: