

(COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Esame richiesto da:

.....

.....

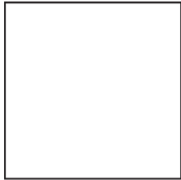
Data prelievo:

Sede anatomica prelievo:

.....

.....

- PAP TEST IN FASE LIQUIDA + DNA PAP - HC2
- PAP TEST NORMALE
- ENDOMETRIO
- PAP TEST IN FASE LIQUIDA
- DNA PAP HPV - HC2
- PACCHETTO FORMULA DNA
- GENOTIPIZZAZIONE HPV
- AGOASPIRATO
- ESAME ISTOLOGICO
- PEZZO OPERATORIO
- REVISIONE VETRINI
- CITOLOGIA URINARIA
- TAMPONE VAGINALE GERMI COMUNI
- TAMPONE VAGINALE CLAMYDIA
- SECRETO MAMMARIO



Cognome Nome

Indirizzo

CAP Città Pr.

Cod. Fisc.

Data di Nascita Luogo di Nascita

Data U.M. Gravida SI NO

Interventi ginecologici NO DTC il LASER il

Uso anticoncezionali NO PILLOLA IUD altro.....

Prec. esame Esito

Esame obiettivo e/o colposcopico

.....

.....

NOTIZIE CLINICHE

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto, informato ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/03 autorizza la DICP Lab Service sas, via V.E. Orlando, 15 Fondi al trattamento dei propri dati personali secondo le finalità per le quali sono stati raccolti, ai sensi e nel rispetto del D.Lgs.196/03. In particolare presta il consenso al trattamento dei dati personali ai fini diagnostici, statistici, epidemiologici e di ricerca (in forma anonima). Acconsente altresì che i tessuti e/o liquidi biologici asportati durante la manovra diagnostica possano essere usati anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, secondo la pratica comune.

Data, luogo e firma