

All'Unità Operativa di Anatomia Patologica

Presidio Ospedaliero "San Martino" ASL 5 ORISTANO

ESAME N° _____ **DATA** _____

RICHIESTA DI ESAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINALE

ricoverato <input type="checkbox"/>	ricovero ordinario <input type="checkbox"/>	DH <input type="checkbox"/>	Cartella n° _____
Paziente esterno <input type="checkbox"/>	ambulatoriale <input type="checkbox"/>	libero professionale <input type="checkbox"/>	SSN <input type="checkbox"/>
Ticket n° _____		Euro _____	Esenzione _____

Ospedale _____ **Reparto** _____ **Data** _____

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo di nascita _____ **Prov** _____ **Data di nascita** _____

Indirizzo via _____ **n°** _____ **Città** _____

n° di telefono _____ **C.F.** _____ **Professione** _____

prelievo eseguito il _____ **alle ore** _____ **inizio fissazione ore** _____

DATI ANAMNESTICI
Data ultima mestruazione _____ **In menopausa dal** _____

N° Parti _____ **n° Aborti** _____ **Data ultima gravidanza** _____

Contraccettivi ☐ Pillola ☐ IUD ☐ Altro _____

Terapie recenti ☐ Ormonale ☐ Antibiotica ☐ Altro _____

Interventi ginecol. ☐ DTC ☐ Laser ☐ Data _____

☐ Esami isto-citologici precedenti _____

Sintomi: ☐ Nessuno ☐ Leucorrea ☐ Prurito

☐ Perdite intermestruali o in menopausa

☐ Altro _____

ESAME OBIETTIVO

COLPOSCOPIA

OSSERVAZIONI

PRELIEVO
Esocervicali **Endocervicale** **Endometriale** **Cupola vaginale** **Altro** _____

Eseguito da _____