

MODULO RICHIESTA PAP TEST

Richiesto da: _____
(Clinica/Ambulatorio)

Dati del Paziente

Cognome: _____ Nome: _____

Data di Nascita: _____

Medico Prelevatore: Dott. _____

Tipo di prelievo		Sede	
Thin prep	<input type="checkbox"/>	Vagina	<input type="checkbox"/>
Pap test	<input type="checkbox"/>	Portio	<input type="checkbox"/>
		Endocervice	<input type="checkbox"/>
		Endometrio	<input type="checkbox"/>

Data U.M. _____

Precedenti pap test: NO SI Esito _____

Terapie ormonali: NO SI Tipo _____

Interventi ginecologici: NO SI Tipo _____

Obiettività clinica e/o colposcopica:

Data _____

Firma del Medico

