

Scheda paziente

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____

Nata il ____/____/____ a _____ Provincia _____

Selezionare il/i test:

<input type="checkbox"/> Pap Test Convenzionale (striscio)	<input type="checkbox"/> Pap Test in Fase Liquida (strato sottile)
<input type="checkbox"/> HPV test che include genotipizzazione 16&18	<input type="checkbox"/> HPV Genotipizzazione Linear Array HPV Genotyping test
<input type="checkbox"/> Pap Test Convenzionale + HPV test che include genotipizzazione 16&18 + eventuale Reazione Immunoistochimica	<input type="checkbox"/> Pap Test in Fase Liquida + HPV test che include genotipizzazione 16&18 + eventuale Reazione Immunoistochimica
<input type="checkbox"/> Reazione Immunoistochimica	

Indicare se è necessaria la **restituzione del vetrino per Reazione Immunoistochimica** No Sì

Indicare la sede del prelievo:

- Portio Endocervice
 Vagina Altra Sede (Specificare) _____

Indicare l'**esito dell'ultimo PAP Test** della paziente effettuato in data ____/____/____

- Negativo ASC-US
 ASC-H ACG
 SIL di Basso Grado (HPV/CIN1) SIL di Alto Grado (CIN2/CIN3)
 Carcinoma Squamocellulare Adenocarcinoma

Indicare se la paziente è stata sottoposta a **pregressi trattamenti cervicali**: No Sì

Se sì, specificare Data ____/____/____

Tipo: DTC LEEP LASER CONO

Altri dati _____

Note sulla Paziente:

Data Ultima Mestruazione ____/____/____ Gravidia: no sì IUD: no sì

Perdite Ematiche Atipiche: no sì , specificare _____

Terapia Ormonale: no sì , specificare _____

Terapia Radiante/Chemioterapia: no sì , specificare _____

Note Anamnestiche _____

Obiettività Ginecologica _____

Data ____/____/____ **Cognome e Nome del Medico** _____

Firma del Medico _____