

Richiesta Esame CITOLOGICO/UTERINO

Struttura Richiedente			
PEC Struttura			
Medico Richiedente			
Utente			
Nato/a a		Prov.	il
Residente a		Prov.	
In		Numero civico	
Codice Fiscale			
Recapiti telefonici			
Sede Prelievo	<input type="checkbox"/> PORTIO (spatola) <input type="checkbox"/> ENDOCERVICE (spazzola) <input type="checkbox"/> ENDOCERVICE (tampone) <input type="checkbox"/> DISPOSITIVO UNICO ESO/ENDOCERVICALE <input type="checkbox"/> CUPOLA (spatola) <input type="checkbox"/> VAGINA (aspirato) <input type="checkbox"/> ALTRO		
Tipo Prelievo	<input type="checkbox"/> STRISCIO CONVENZIONALE <input type="checkbox"/> LIQUIDO PER STRATO SOTTILE		
Quesito diagnostico			
Notizie cliniche			
Esami precedenti (citologici e/o istologici. Indicare: diagnosi, data e sede di esecuzione. N°			
Notifica di rischio biologico			
Data PRELIEVO		AREA RISERVATA - Compilazione a cura di LupoLab Srl	
Firma Richiedente		Data ACCETTAZIONE	
		Numero ACCETTAZIONE	PAP/