

# ISTITUTO BIOSANITAS s.n.c.

## Laboratorio Specializzato in Anatomia e Citoistologia Patologica

Via G.Macaggi 25/3 - 16121 Genova - Italy - Tel. 010/542057 - Fax 010/5302577 - numero verde 800 089 449

### RICHIESTA DI PAP TEST CONVENZIONALE (SU VETRINO) E PAP TEST IN LIQUIDO COMBINATO CON TEST MOLECOLARI PER HPV E ALTRI AGENTI PATOGENI

PERVENUTO	giorno	/	mese	/	anno	ORA	:		NUMERO																						
Sezione anagrafica (compilare in stampatello)																															
COGNOME					NOME					ETA'																					
NATA IL	giorno	/	mese	/	anno	A					CF																				
INDIRIZZO																															
CITTA'				PROV				CAP																							
TELEFONO FISSO				TELEFONO CELLULARE																											
EMAIL																															
Dati clinici attuali																															
UM	giorno	/	mese	/	anno	MENOPAUSA	<input type="checkbox"/>	ANNO MENOPAUSA	anno	GESTAZIONE (settimana)																					
PERDITE EMATICHE: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ALTRI SINTOMI:																															
OBIETTIVITA' GINECOLOGICA:																															
COLPOSCOPIA:																															
ISTERECTOMIA: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																															
Dati clinici progressi																															
se lo spazio previsto non fosse sufficiente continuare sul retro																															
PAP TEST primo <input type="checkbox"/> entro 1 anno <input type="checkbox"/> entro 2-5 anni <input type="checkbox"/> oltre 5 anni <input type="checkbox"/> RISULTATO:																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>mese</th> <th>anno</th> <th>tipo esame</th> <th>num registrazione</th> <th>struttura sanitaria</th> <th>sede anatomica</th> <th>risultato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>											mese	anno	tipo esame	num registrazione	struttura sanitaria	sede anatomica	risultato														
mese	anno	tipo esame	num registrazione	struttura sanitaria	sede anatomica	risultato																									
Vaccinazione anti HPV: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Contraccettivi:																															
Ormonot. inizio mese / anno fine mese / anno Radiot. inizio mese / anno fine mese / anno																															
Chemiot. inizio mese / anno fine mese / anno																															
Altra/e patologia/e																															
Esame richiesto																															
PAP TEST: <input type="checkbox"/> su vetrino convenzionale (PTC) <input type="checkbox"/> in liquido (THIN PREP)																															
TEST MOLECOLARI (*): Test DNA/HPV - Metodo HC2 (FDA e CE) <input type="checkbox"/> LR (6,11,42,43,44) - 5 tipi <input type="checkbox"/> HR (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,68) - 13 tipi																															
Test DNA/HPV - Metodo PCR/DNA-array (CE) <input type="checkbox"/> (6,11,40,42,43,44,16,18,31,33,35,39,45,51,52,53,56,58,59,66,68,70,73,82) - 24 tipi																															
Test mRNA/HPV (APTIMA) (CE) <input type="checkbox"/> (16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59,66,68) - 14 tipi																															
<input type="checkbox"/> su cellule intere Cervix FISH [hTERT (3q26)/C-MYC (8q24)]																															
Per agenti patogeni di malattie a trasmissione sessuale (MTS) <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> NEISSERIA																															
Sede anatomica del prelievo Data del prelievo giorno / mese / anno																															
Consenso al trattamento dei dati personali																															
Autorizzo l'Istituto Biosanitas, via G.Macaggi, 25/3 - 16121 Genova al trattamento dei dati personali secondo le finalità per le quali sono stati trasmessi, ai sensi e nel rispetto delle modalità e dei limiti previsti ai sensi degli articoli 13 e seguenti del D.Lgs 196/2003, in particolare presto il consenso al trattamento dei dati personali per fini di diagnosi, statistici (controllo qualità), epidemiologici e di ricerca (in forma anonima). Acconsento altresì che i tessuti e/o liquidi biologici che mi sono stati prelevati, possano essere utilizzati anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico, secondo la pratica comune.																															
Firma del paziente					Firma del medico curante																										