

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**

<input type="text"/>	PERVENUTO IL	<input type="text"/>	(Giorno/Mese/Anno)	ORA	<input type="text"/> : <input type="text"/>	NUMERO	<input type="text"/>																					
Sezione anagrafica (compilare in stampatello)																												
COGNOME <input type="text"/>		NOME <input type="text"/>		ETA' <input type="text"/>																								
NATO IL <input type="text"/>		A <input type="text"/>		CF <input type="text"/>																								
INDIRIZZO <input type="text"/>																												
CITTA' <input type="text"/>		PROV <input type="text"/>		CAP <input type="text"/>																								
TELEFONO FISSO <input type="text"/>		TELEFONO CELLULARE <input type="text"/>																										
EMAIL <input type="text"/>																												
Dati clinici attuali																												
UM <input type="text"/>		(Giorno/Mese/Anno)		MENOPAUSA <input type="checkbox"/>		ANNO MENOPAUSA <input type="text"/>																						
GESTAZIONE (settimana) <input type="text"/>																												
PERDITE EMATICHE: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ALTRI SINTOMI: <input type="text"/>																										
OBIETTIVITA' GINECOLOGICA: <input type="text"/>																												
COLPOSCOPIA: <input type="text"/>		ISTERECTOMIA: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																										
Dati clinici pregressi																												
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: <input type="text"/>																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">mese</th> <th style="width:10%;">anno</th> <th style="width:15%;">tipo esame</th> <th style="width:15%;">num registrazione</th> <th style="width:15%;">struttura sanitaria</th> <th style="width:15%;">sede anatomica</th> <th style="width:10%;">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: <input type="text"/>																										
Ormonot. inizio <input type="text"/>		fine <input type="text"/>		(Mese/Anno)		Radiot. inizio <input type="text"/>																						
		fine <input type="text"/>		(Mese/Anno)		Chemiot. inizio <input type="text"/>																						
		fine <input type="text"/>		(Mese/Anno)		Altra/e patologia/e <input type="text"/>																						
Esame richiesto																												
PAP TEST:		<input type="checkbox"/> su vetrino convenzionale (PTC)			<input type="checkbox"/> in liquido (THIN PREP)																							
TEST MOLECOLARI (*): Test DNA/HPV - Metodo RT/PCR ABBOTT (CE) <input type="checkbox"/> HR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 E 68) - 14 tipi - 16 E 18 separatamente se positivi																												
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> (*) nello stesso campione di cellule del pap test, raccolto in un tipo di liquido che conserva il campione per lungo tempo, oltre 3 settimane. </div>		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) (FDA - 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 <input type="text"/>				Data del prelievo <input type="text"/>		(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). Accosento 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 _____