RICHIESTA DI ESAME DI CITOLOGIA GINECOLOGICA

Istituto Cantonale di Patologia EOC
Servizio di Citologia

Paziente (etichetta)
Nome e cognome

……

Data di nascita

……

Indirizzo (via, NPA, località)

……

……

☐ femmina ☐ maschio

☐ degente ☐ ambulatoriale

Medico richiedente *(timbro)*

Copia del referto a:
1. ……
2. ……
3. ……

Assicurazione Malattia:
……

Numero assicurato:
……

Data del prelievo:
……

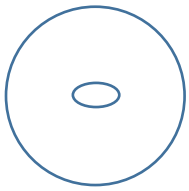
Analisi precedenti: ***(Istituto, n. analisi):***
……

Data ultima mestruazione:
……

Sede del prelievo:
☐ *Esocervice* ☐ *Endocervice* ☐ *Endometrio*
☐ *Vagina* ☐ *Vulva*

Notizie cliniche, domande e richieste particolari:

☐ Vaccinazione HPV
☐ Trattamento ormonale
☐ DIU
☐ Gravidanza
☐ Post-partum
☐ Esiti di conizzazione
☐ Esiti di isterectomia
☐ Menopausa



Altre analisi richieste:
☐ Tipizzazione HPV ☐ *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*

Via in Selva 24 – 6601 Locarno – Tel +41 (0)91 811 42 11 – LaboratorioCitologiaClinica.ICP@eoc.ch