

Paziente (etichetta) Nome e cognome		Medico richiedente (timbro)
Data di nascita		
Indirizzo (via, NPA, località)		
<input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> degente <input type="checkbox"/> ambulatoriale		Copia del referto a: 1. 2. 3.
Assicurazione Malattia:		
Data della richiesta:		Numero assicurato:

Materiale:

Numero referto PAP test: Data prelievo:

Diagnosi:

Note:

Motivo della richiesta: Analisi HPV con metodo COBAS***INVIARE LA RICHIESTA VIA EMAIL AL LABORATORIO DI CITOLOGIA:**LaboratorioCitologiaClinica.ICP@eoc.ch

**In caso di risultato COBAS "HPV ad alto rischio" verrà effettuata in automatico la tipizzazione con metodo Seegene presso il nostro Laboratorio di Patologia Molecolare.*