



COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Ospedale/Casa di cura: \_\_\_\_\_ Data della richiesta: \_\_\_\_\_

Reparto/Ambulatorio: \_\_\_\_\_ Firma del Medico: \_\_\_\_\_

N° C. Clinica: \_\_\_\_\_

**NOTIZIE CLINICHE**

- Leucorrea
- Leucoxantorrea
- Prurito vulvo-vaginale
- Dolori
- Perdite ematiche
- Semplice arrossamento
- Erosione cervicale
- Prolasso
- Polipo cervicale
- Fibroma uterino
- Tumefazione annessi
- Altre

**PREGRESSI TRATTAMENTI DI INTERESSE GINECOLOGICO**

- Diatermocoagulazione
- Polipectomia
- Biopsia cervicale
- Raschiamento
- Conizzazione
- Amputazione collo
- Isterectomia
- Terapia ormonale \_\_\_\_\_
- terminata il \_\_\_\_\_
- Terapia radiante \_\_\_\_\_
- per \_\_\_\_\_
- Terapia antiblastica \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE OSTETRICO-GINECOLOGICA**

- Parti n. \_\_\_\_\_ Aborti n. \_\_\_\_\_ Mestruale
- Ultima mestruazione \_\_\_\_\_
- Gravidanza in corso  Mese \_\_\_\_\_
- In menopausa  da \_\_\_\_\_

**ESAMI PRECEDENTI**

Citologici \_\_\_\_\_

Istologici \_\_\_\_\_

**CARATTERI MESTRUALI:**

- Mestruazioni regolari
- Polimenorrea
- Oligomenorrea
- Amenorrea
- Ipermenorrea
- Ipomenorrea
- Dismenorrea

**SEDE DEL PRELIEVO**

- Vagina
- Fornice posteriore
- Portio spatolato
- Portio tampone
- Endocervicale
- Endometrio
- Cupola vaginale

USA O HA USATO ANTICONCEZIONALI? SI  NO

- In passato  Pillola  IUD  Altri \_\_\_\_\_
- Attualmente  Pillola  IUD  Altri \_\_\_\_\_

Data del prelievo \_\_\_\_\_

PRELEVATORE \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

B: \_\_\_\_\_

C: \_\_\_\_\_

Campobasso, lì \_\_\_\_\_ Visto da: \_\_\_\_\_ Verificato da: \_\_\_\_\_

Data di accettazione \_\_\_\_\_ Tecnico \_\_\_\_\_

Data e ora di consegna preparati \_\_\_\_\_ Tecnico \_\_\_\_\_