



RICHIESTA ESAME CITOLOGICO PAP TEST / HPV TEST

PAZIENTE * campi obbligatori

Cognome*	Nome*
Data di nascita*	Codice Fiscale*
Telefono*	e-mail

TEST RICHIESTO

PAP TEST CONVENZIONALE
 PAP TEST IN FASE LIQUIDA (con reflex HPV test)
 HPV TEST
 CO-TEST: HPV TEST + PAP TEST (richiesti dal clinico)

SEDE DEL PRELIEVO

ESOCERVICE
 ENDOCERVICE
 VULVA
 VAGINA
 ALTRO.....

NOTIZIE CLINICHE

<input type="checkbox"/> NON ha mai eseguito PAP TEST	Test HPV	<input type="checkbox"/> Mai eseguito
<input type="checkbox"/> Ripete PAP TEST > diagnosi ultimo PAP TEST:.....		<input type="checkbox"/> Negativo (data:.....)
Data ultima mestruazione <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Positivo (data:.....)
Menopausa dal <input type="text"/>	Vaccino HPV	<input type="checkbox"/> tipo/i:
<input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Anticoncezionali in uso (IUD, pillola,...).....	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> Terapia sostitutiva / ormonale
<input type="checkbox"/> ESITI DI CONIZZAZIONE Obiettività ginecologica		
<input type="checkbox"/> ESITI DI ISTERECTOMIA		

spazio riservato al Patologo

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI - DEL REGOLAMENTO UE GDPR N. 679/2016

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato e presta il proprio consenso relativamente a:

1. Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connessi con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
 2. I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratori analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private, Autorità Pubbliche etc) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;
 3. Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la limitazione nell'utilizzo, la portabilità, il diritto di reclamo all'Autorità Garante nonché la revoca del consenso e che tali diritti possono essere esercitati inviando pec istologi@pec.it;
 4. Il titolare del trattamento dei dati personali ed informazioni di contatto: Istologi Srl (p.iva:01575680556), Via Della Caserma 28 - 05100 Terni (TR) PEC: istologi@pec.it
- Esprimo pertanto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali e particolari ai fini delle predette finalità, modalità e comunicazione.

.....
FIRMA DEL PAZIENTE O CHI NE FA LE VECI
(se minore o incapace)

.....
DATA DI PRELIEVO

.....
FIRMA MEDICO