



Data

Richiedente/Cod. Cliente

Numero Interno/Cartella Clinica

Solo allestimento

PAZIENTE

Nome

Cognome

Data di nascita

Sesso

M

F

CITOLOGIA

- Urina
- Escreato
- Vers. Pleurico
- Vers Pericardio
- Vers. Ascitico
- Mater. da Spazzolamento
- Apposizione/Striscio su vetrino
- Agoaspirato
- Altro ▶

PAPTEST

PapTest

Tipo di prelievo

ThinPrep

PAPTst

Sede del Prelievo

Vagina

Endocervice

Portio

Endometrio

Data Ultima Mestruazione

Precedenti PAPTst

SI

NO

Esito

Terapie Ormonali

SI

NO

Tipo

Interventi ginecologici

SI

NO

Tipo

Anamnesi/Quadro Clinico

Operatore

Firma del Richiedente

Numero di Vetrini