



Ente Ospedaliero Cantonale

Paziente (etichette)

Nome e Cognome

Data di nascita

Indirizzo (via, NPA, Località)

Medico richiedente (timbro)

Copia del referto a:

1. _____
2. _____
3. _____

Assicurazione Malattia:

- degente
 ambulatoriale

Data del prelievo:

Analisi precedenti: (Istituto, n. analisi)

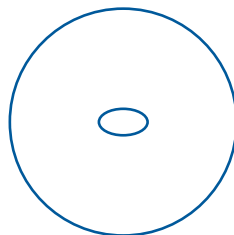
Data ultima mestruazione: _____

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 Chlamydiae e N. Gonorrhoeae