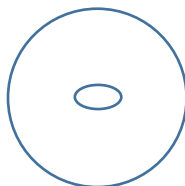


<b>Paziente</b> (etichetta) Nome e cognome .....		<b>Medico richiedente</b> (timbro)	
Data di nascita .....		<b>Copia del referto a:</b> 1. .... 2. .... 3. ....	
Indirizzo (via, NPA, località) ..... .....			
<input type="checkbox"/> femmina	<input type="checkbox"/> maschio		
<input type="checkbox"/> degente	<input type="checkbox"/> ambulatoriale		
<b>Assicurazione Malattia:</b> .....		<b>Numero assicurato:</b> .....	
<b>Data del prelievo:</b> .....		<b>Analisi precedenti:</b> (Istituto, n. analisi): .....	
<b>Data ultima mestruazione:</b> .....			
<input type="checkbox"/> Esocervice <input type="checkbox"/> Endocervice <input type="checkbox"/> Endometrio			
<b>Sede del prelievo:</b> <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> 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
- Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*

Via in Selva 24 – 6601 Locarno – Tel +41 (0)91 811 42 11 – [LaboratorioCitologiaClinica.patologia@eoc.ch](mailto:LaboratorioCitologiaClinica.patologia@eoc.ch)