RICHIESTA DI ESAME DI CITOLOGIA – HPV – CT/NG – CINtec Plus

Istituto di Diagnostica Integrata della Svizzera Italiana IDISI
Clinica di Patologia
Servizio di Citologia

IDISI_PAT_M-CPAT-003/C

Paziente (etichetta) Nome e cognome …… Data di nascita …… Indirizzo (via, NPA, località) …… ……	***Medico richiedente*** *(timbro)* ***Copia del referto a:*** 1. …… 2. …… 3. ……
□ femmina □ maschio □ degente □ ambulatoriale	
Assicurazione Malattia: ……	***Numero assicurato:*** ……
Data della richiesta: ……	

Materiale:

Numero referto PAP test: ……Data prelievo:……

Diagnosi: ……Sede del prelievo:……

Note: ……

Motivo della richiesta:

□ Analisi HPV con metodo COBAS*

□ Analisi Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae con metodo COBAS

□ Analisi CINtec Plus

INVIARE LA RICHIESTA VIA EMAIL AL LABORATORIO DI CITOLOGIA:

LaboratorioCitologiaClinica.patologia@eoc.ch

**In caso di risultato COBAS "HPV ad alto rischio" verrà effettuata in automatico la tipizzazione con metodo Seegene presso il nostro Laboratorio di Patologia Molecolare.*