RICHIESTA DI ESAME DI CITOLOGIA - HPV

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

Paziente (etichetta)
Nome e cognome

……

Data di nascita

……

Indirizzo (via, NPA, località)

……

……

□ femmina □ maschio

□ degente □ ambulatoriale

Medico richiedente *(timbro)*

Copia del referto a:
1. ……
2. ……
3. ……

Assicurazione Malattia:
……

Numero assicurato:
……

Data della richiesta:
……

Materiale:

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

Diagnosi: ……

Note: ……

Motivo della richiesta:

□ Analisi HPV con metodo COBAS*

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.*