

# ISTITUTO BIOSANITAS S.a.s.

Laboratorio Specializzato in Anatomia e Citoistologia Patologica

Autorizzazione Sanitaria Comunale n.38 (09/04/2004) e s.m.i.

Via G.Macaggi 25/3 - 16121 Genova - Italia - Tel. 010/542057 - Cell. 3664100987- Fax 010/5302577 - numero verde 800 089 449

Orario: Lunedì-Venerdì 09.00-19.00 Sabato 09.00-17.00 - paptest@biosanitas.com - www.testpap.it

## RICHIESTA PAP TEST CONVENZIONALE (SU VETRINO) E PAP TEST IN LIQUIDO COMBINATO CON TEST MOLECOLARI PER HPV E ALTRI AGENTI PATOGENI

<input type="text"/>	PERVENUTO IL <input type="text"/> <small>(Giorno/Mese/Anno)</small>	ORA <input type="text"/>	RICHIESTO PER <input type="text"/> <small>(Giorno/Mese/Anno)</small>	NUMERO <input type="text"/>		
<b>Sezione anagrafica (compilare in stampatello)</b>						
COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	ETA' <input type="text"/>				
NATO/A IL <input type="text"/>	A <input type="text"/>	CF <input type="text"/>				
INDIRIZZO <input type="text"/>						
CITTA' <input type="text"/>	PROV <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>				
TELEFONO FISSO <input type="text"/>	TELEFONO CELLULARE <input type="text"/>					
EMAIL <input type="text"/>						
<b>Dati clinici attuali</b>						
D.U.M. <input type="text"/> <small>(Giorno/Mese/Anno)</small>	MENOPAUSA <input type="checkbox"/>	ETA' MENOPAUSA <input type="text"/>	GESTAZIONE (settimana) <input type="text"/>			
PERDITE EMATICHE: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALTRI SINTOMI: <input type="text"/>					
OBIETTIVITA' GINECOLOGICA: <input type="text"/>						
COLPOSCOPIA: <input type="text"/>	ISTERECTOMIA: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
<b>Dati clinici pregressi</b> <small>se lo spazio previsto non fosse sufficiente continuare sul retro</small>						
PAP TEST	primo <input type="checkbox"/>	entro 1 anno <input type="checkbox"/>	entro 2-5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	RISULTATO: <input type="text"/>	
mese	anno	tipo esame	num registrazione	struttura sanitaria	sede anatomica	risultato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vaccinazione anti HPV: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Contraccettivi: <input type="text"/>						
Ormonot. inizio <input type="text"/>	fine <input type="text"/>	(Mese/Anno)	Radiot. inizio <input type="text"/>	fine <input type="text"/>	(Mese/Anno)	
Chemiot. inizio <input type="text"/>	fine <input type="text"/>	(Mese/Anno)				
Altra/e patologia/e <input type="text"/>						
<b>Esame richiesto</b>						
PAP TEST: <input type="checkbox"/>	su vetrino convenzionale (PTC)		<input type="checkbox"/> in liquido (THIN PREP) FDA approvato			
TEST MOLECOLARI (*):	Test DNA/HPV - Metodo RT/PCR ABBOTT (CE)		<input type="checkbox"/> HR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 E 68) - 14 tipi - 16 E 18 separatamente se positivi			
	Test DNA/HPV - Metodo RT/PCR ROCHE (FDA 2014)		<input type="checkbox"/> HR (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 E 68) - 14 tipi - 16 E 18 separatamente se positivi <b>cl clinicamente validato FDA approvato</b>			
	Test DNA/HPV - Metodo PCR/DNA-array (CE)		<input type="checkbox"/> (6, 11, 40, 42, 43, 44/55, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 73, 82) - 24 tipi			
	Test mRNA/HPV (APTIMA) (FDA 2011)		<input type="checkbox"/> (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 -14 tipi)			
Per agenti patogeni di malattie a trasmissione sessuale (MTS) (FDA 2010) <input type="checkbox"/> CHLAMYDIA <input type="checkbox"/> NEISSERIA						
Sede anatomica del prelievo <input type="text"/>			Data del prelievo <input type="text"/>		(Giorno/Mese/Anno)	
Firma del medico curante _____						

AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 GDPR, in riferimento all'informativa che mi è stata rammostrata in relazione al trattamento dei dati personali, sia ordinari che relativi alla salute, comunicati all'Istituto Biosanitas, direttamente ovvero per il tramite del proprio medico curante, ovvero conosciuti dal medesimo Istituto in occasione della realizzazione delle attività richieste, il sottoscritto

CONSENTE  NON CONSENTE

il trattamento dei predetti dati per la realizzazione degli esami e delle analisi cito-istologiche richiesti e/o per la realizzazione degli approfondimenti ed accertamenti opportuni e necessari al completamento della diagnosi, per la realizzazione di analisi statistiche ed epidemiologiche in forma anonima per scopi di ricerca scientifica, per la realizzazione di ogni altro adempimento amministrativo e contabile previsto dalla Legge e dalla vigente normativa. Autorizza, altresì, l'Istituto Biosanitas, in qualità di Titolare del trattamento, alla comunicazione degli esiti dei medesimi esami ed analisi ai soggetti esercenti la professione sanitaria dallo scrivente incaricati, sottoscrivendo la presente a totale accettazione del contenuto.

Firma del paziente \_\_\_\_\_

**SI RICORDA DI NON USARE LUBRIFICANTI, OLII O CREME PER L'INTRODUZIONE DELLO SPECULUM E DI FISSARE IL CAMPIONE SUBITO DOPO IL PRELIEVO (ENTRO 4 SECONDI)**

Richiesta aggiornata a Settembre 2018