



Azienda Sanitaria Provinciale Enna
**RICHIESTA ESAME CITOLOGICO
CERVICO-VAGINALE**

v. 0.0
07/03/2022
Pagina 1 di 1

UOC Anatomia ed Istologia Patologica
Mail: anatomiapatologica.umberto@asp.enna.it Tel. 0935 516589 Fax. 0935 516361

Cognome	Nome		
Data di nascita	Età	aa.	e-mail
Città	Telefono		

ANAMNESI

Ultimo Pap-test (mese/anno) _____ Diagnosi: _____
Biopsia portio : data _____ Diagnosi: _____
Data U.M. _____ In menopausa dal _____
Attualmente gravida? SI NO Parto recente: data _____

Uso attuale di Estro-Progestinici? Si No
Portatrice di IUD? Si No

Terapie recenti:

- Ginecologiche Si _____ data ultima _____
- Chemioterapia Si _____ data ultima _____
- Radioterapia Si _____ data ultima _____

INTERVENTI GINECOLOGICI (Specificare se per patologia benigna o maligna)

Sul collo _____ data _____

Sulla vagina _____ data _____

Utero/Ovaio _____ data _____

Altre patologie di natura maligna _____

Perdite ematiche: In fase di prelievo
Post coitali
In menopausa

DESCRIZIONE PORTIO: _____

TIPO DI PRELIEVO: Eso/Endo cervicale Convenzionale Fase liquida (strato sottile)
Esocervicale
Endocervicale **Ricerca HPV/DNA** Biopsia
Cupola vaginale

Risultato esame colposcopico _____

DATA DEL PRELIEVO _____ EFFETTUATO DAL Dr. _____
Timbro e firma