



COGNOME E NOME
INDIRIZZO
CITTA'
COMUNE DI NASCITA O CODICE FISCALE
DOMICILIO SANITARIO O N. LIBRETTO SANITARIO
TELEFONO

CODICE DONNA \_\_\_\_\_

GIORNO	MESE	ANNO
DATA NASCITA		

GIORNO	MESE	ANNO
DATA PRELIEVO		

RISPOSTA	
ALLA DONNA	1
AL MITTENTE	2
A ISPRO	3

DATA ULTIME MESTRUAZIONI		
GIORNO	MESE	ANNO

Medico Curante \_\_\_\_\_

VACCINAZIONE HPV	SI	FUMATRICE	SI	da n° _____ anni
	NO		NO	
			EX	da n° _____ anni

MENOPAUSA	SI
	NO

N° PARTI \_\_\_\_\_

PREGRESSI ATTI TERAPEUTICI	Data
1-Conizzazione	_____
7-Elettrocoagulazione	_____
8-Resezione con ansa	_____
2-Isterectomia totale	_____
3-Isterectomia subtotale	_____
5-Chemioterapia	_____
6-Radioterapia	_____
9-Raschiamento cavità	_____

NOTIZIE CLINICHE	
1-Perdite ematiche	_____
2-Polipo Cervicale	_____
3-Prolasso totale	_____
4-In gravidanza	_____
5-In allattamento	_____
6-Terapia Ormonale	_____
7-Contraccettivi (specificare)	_____
8-Altro (specificare)	_____

MITTENTE \_\_\_\_\_ SIGLA \_\_\_\_\_

PRELIEVO PAP-TEST <input type="checkbox"/>	
Fondo Vaginale	
Portio	
Endocervice	
Prelievo Cieco	

PRELIEVO HPV <input type="checkbox"/>			
S- HPV Sreeening			
R-HPV richiamo ad 1 anno screening			
T-HPV Triage			
F- HPV Post trattamento			
HPV approfondimento	K post colpo	AGC	ASC-H

<b>ID PAP TEST</b>	
--------------------	--

<b>ID HPV</b>	
---------------	--

**NOTE:**