

Citologia Ginecologia

MEDICA Pathologie
Rämistrasse 42, 8001 Zürich
Tel. 044 269 99 88
medica.ch/pathologie



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

45

R42

Paziente		Richiedente	Marcare in nero Non utilizzare pennarelli!
Nr. paziente studio medico:			
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre			
Cognome		Medico curante:	
Nome		E-Mail:	
Indirizzo		Fattura a	
NPA/Città		<input type="checkbox"/> Cassa malati Nr. Assicurato: _____ <input type="checkbox"/> Ass. infortuni Nr. di caso/sinistro: _____ Data infortunio: _____	
c/o		<input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) semiprivato/privato comune ID (Nr. di caso): _____	
Data di nascita: [] [] [] [] Cell.		<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro destinatario	
E-Mail			
Nr. AVS			
Elaborazione del referto			
<input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Via fax Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____			
Esami precedenti (Istituto/Nr. di referto) _____			
Forfait ambulatoriale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si → Se sì: indicare il codice del forfait (6 cifre): _____			

Citologia Ginecologia

Materiale del campione / Dati clinici / Quesito diagnostico

Data del prelievo:	
ThinPrep: <input type="checkbox"/> Mezzi liquid/numero: _____ Convenzionale: <input type="checkbox"/> Vetrini/numero: _____	
<input type="checkbox"/> Portio/Cervice <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Cervice <input type="checkbox"/> Endometrio <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva Indicazione per l'esame: <input type="checkbox"/> Prevenzione <input type="checkbox"/> Prestazione non rimborsata <input type="checkbox"/> Anamnesi/Malattia	
Ultima mestruazione: _____ Menopausa da: _____ anni	
<input type="checkbox"/> Sanguinamento postmenopausale <input type="checkbox"/> Gravidanza <input type="checkbox"/> Anomalie del sanguinamento <input type="checkbox"/> Postpartum / Parto il: _____ <input type="checkbox"/> TOS: _____ <input type="checkbox"/> Contracezione: _____	
Macroscopia (clinica) <input type="checkbox"/> non sospetto <input type="checkbox"/> sospetto <input type="checkbox"/> tumore/ulcera	
<input type="checkbox"/> Vaccinazione per HPV con: <input type="checkbox"/> Gardasil <input type="checkbox"/> Cervarix <input type="checkbox"/> Non vaccinato per HPV <input type="checkbox"/> Stato vaccinale non noto	

- Richiesta:**
- SOLO citologia
 - Citologia e tipizzazione HPV* in caso di **ASCUS > 30 anni, LSIL > 30 anni, AGC-NOS** (secondo le raccomandazioni SGGG 2018)
 - Citologia ed eventuale tipizzazione HPV* su richiesta del medico richiedente
 - Cotest diretto (citologia e tipizzazione HPV*)
 - Tipizzazione HPV* con eventuale citologia (in caso di tipizzazione HPV positiva)
 - SOLO tipizzazione HPV*

- Ulteriori analisi PCR***
- Chlamydia trachomatis
 - Neisseria gonorrhoeae
 - Mycoplasma / Ureaplasma
 - Altro: _____

* In collaborazione con un laboratorio partner non accreditato

trattato con sangre analisi PCR richiesta

Cellule superficiali		Leucociti	-----	Citolisi	-----
Cellule intermedie		Istiociti	-----	Döderlein	-----
Cellule parabasali		Eritrociti	-----	Batteri	-----
Cellule basali		Muco	-----	Actinomiceti	-----
Nuclei nudi		Autolisi	-----	Trichomonas	-----
Cellule della zona di trasformazione		Detriti	-----	Funghi	-----
Cellule endocervicali					
Cellule endometriali					

Diagnosi	Descrizione				Controllo	Esaminatore		
xx	x	x	x	x	x			
xx	x	x	x	x	x			
xx	x	x	x	x	x			

 trattamento ematico successivo

G -		
HPV:		
HR <input type="checkbox"/>		
LR <input type="checkbox"/>		
Tipizzazione HPV non eseguita <input type="checkbox"/>		
H -		

Protocollo telefonico: