

Citologia Ginecologia

Pathologie Medica Enge
Rämistrasse 42, 8001 Zürich
Tel. 044 269 99 88
www.patho.ch



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

45

R42

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

Marcare in nero

Non utilizzare pennarelli!

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"/> Isterectomia
<input type="checkbox"/> Anomalie del sanguinamento <input type="checkbox"/> Postpartum / Parto il: _____	<input type="checkbox"/> Radioterapia/Chemioterapia
<input type="checkbox"/> TOS: _____ <input type="checkbox"/> Contraccezione: _____	<input type="checkbox"/> DIU
Macroscopia (clinica)	<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
<input type="checkbox"/> non sospetto <input type="checkbox"/> sospetto <input type="checkbox"/> tumore/ulcera	
Richiesta: <input type="checkbox"/> SOLO citologia <input type="checkbox"/> Citologia e tipizzazione HPV* in caso di ASCUS > 30 anni, LSIL > 30 anni, AGC-NOS (secondo le raccomandazioni SGGG 2018) <input type="checkbox"/> Citologia ed eventuale tipizzazione HPV* su richiesta del medico richiedente <input type="checkbox"/> Cotest diretto (citologia e tipizzazione HPV*) <input type="checkbox"/> Tipizzazione HPV* con eventuale citologia (in caso di tipizzazione HPV positiva) <input type="checkbox"/> SOLO tipizzazione HPV*	Ulteriori analisi PCR* <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma <input type="checkbox"/> Altro: _____

* In collaborazione con un laboratorio partner non accreditato

trattato con sangue 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** **LR** **Tipizzazione HPV non eseguita** **H** -

/

Protocollo telefonico: