

# Citologia Ginecologia

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

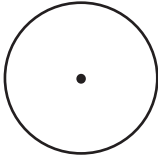
45



PATHOLOGIE  
MEDICA ENGE

R42

| Paziente   |                            | Richiedente  |  |
|--|----------------------------|--|--|
| Nr. paziente studio medico: _____  |                            | <div>Marcare in <b>nero</b></div> <div>Non utilizzare pennarelli!</div>      |  |
| <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre _____                                |                            |  |  |
| Cognome  | _____                      |  |  |
| Nome   | _____                      |  |  |
| Indirizzo  | _____                      |  |  |
| NPA/Città  | _____                      | Medico curante: _____  |  |
| c/o  | _____                      | E-Mail: _____  |  |
| Data di nascita  | ____/____/____ Cell. _____ | <b>Fattura a</b>   |  |
| E-Mail   | _____                      | <input type="checkbox"/> <b>Cassa malati</b> _____                           |  |
| Nr. AVS  | _____                      | Nr. Assicurato _____   |  |
| <b>Elaborazione del referto</b>  |                            | <input type="checkbox"/> <b>Ass. infortuni</b> _____                         |  |
| <input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: _____   |                            | Nr. di caso/sinistro _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Via fax Nr.: _____  |                            | Data infortunio _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____  |                            | <input type="checkbox"/> <b>Ospedale (paziente stazionario)</b>              |  |
| Esami precedenti (Istituto/Nr. di referto) _____   |                            | <input type="checkbox"/> semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune |  |
| _____  |                            | ID (Nr. di caso) _____   |  |
| _____  |                            | <input type="checkbox"/> <b>Paziente</b>                                     |  |
| _____  |                            | <input type="checkbox"/> <b>Richiedente</b>                                  |  |
| _____  |                            | <input type="checkbox"/> <b>Altro destinatario</b>                           |  |
| _____  |                            | _____  |  |
| Forfait ambulatoriale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì    → 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"/> 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   |  |
| <b>Macroscopia (clinica)</b>  | <input type="checkbox"/> Vaccinazione per HPV con: |
| <input type="checkbox"/> non sospetto   | <input type="checkbox"/> Gardasil                  |
| <input type="checkbox"/> sospetto   | <input type="checkbox"/> Cervarix                  |
| <input type="checkbox"/> tumore/ulcera  | <input type="checkbox"/> Non vaccinato per HPV     |
|    | <input type="checkbox"/> Stato vaccinale non noto  |
| <b>Richiesta:</b> <input type="checkbox"/> SOLO citologia   | <b>Ulteriori analisi PCR*</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Citologia e tipizzazione HPV* in caso di <b>ASCUS &gt; 30 anni, LSIL &gt; 30 anni, AGC-NOS</b> (secondo le raccomandazioni SGGG 2018)  | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis     |
| <input type="checkbox"/> Citologia ed eventuale tipizzazione HPV* su richiesta del medico richiedente   | <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae     |
| <input type="checkbox"/> Cotest diretto (citologia e tipizzazione HPV*)   | <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma   |
| <input type="checkbox"/> Tipizzazione HPV* con eventuale citologia (in caso di tipizzazione HPV positiva)   | <input type="checkbox"/> Altro: _____              |
| <input type="checkbox"/> SOLO tipizzazione HPV*   |  |
| * In collaborazione con un laboratorio partner non accreditato  |  |

|   |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|---|--|-------------|---|------------|--|---|--|---|-------|--|--|-------------|--|--------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> trattato con sangue            |  |             |   |            |  |   |  |   |       | <input type="checkbox"/> 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  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> trattamento ematico successivo |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| G -   |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|   |  |             | / |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| HPV: -----  |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| HR <input type="checkbox"/> -----                       |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| LR <input type="checkbox"/> -----                       |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| Tipizzazione HPV non eseguita <input type="checkbox"/>  |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| H -   |  |             | / |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|   |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|   |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
| Protocollo telefonico:                                  |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |
|   |  |             |   |            |  |   |  |   |       |  |  |             |  |              |  |  |  |  |       |  |  |  |  |