



Lab. Citoistologico
dr. Alberto SCANAGATTA

MO 23 RICHIESTA ESAME COLPO CITO-ISTOLOGICO

MEDICO / ISTITUZIONE INVIANTE

ME.DI.CA. GROUP SRL

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ TEL _____

INDIRIZZO _____ C.F. _____

PAP-TEST PRECEDENTI _____ ES. ISTOLOGICI PRECEDENTI _____

DATA U. M. _____ CARATTERI MESTRUALI _____ GRAVIDANZA _____

TERAPIA IN ATTO _____

SINTOMATOLOGIA _____

INTERVENTI _____

DATA DEL PRELIEVO: _____

TIPO DI PRELIEVO

PAP-TEST

CANALE CERV.

CUPOLA

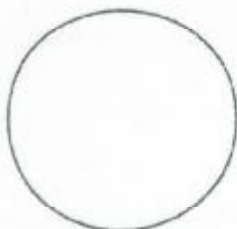
ENDOMETRIO

THIN PREP

CUPOLA THIN-PREP

THIN-PREP + DNA A

DNA A



COLPOSCOPIA

NOTE:

.....
.....
.....
.....

Via Cefalonia, 6 – 37126 VERONA – Tel 0458302592 – Fax 0458305629