

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

POLIAMBULATORIO VIA DEL RIDOTTO, 9
DISTRETTO / CIRCOSCRIZIONE 5

RICHIESTA ESAME per U.O.a. ANATOMIA PATOLOGICA

CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP TEST)

Dati obbligatori

Prot. N°

Pz. Ricoverato	SI <input type="checkbox"/>	c/o Reparto													
Pz. Esterno	SI <input checked="" type="checkbox"/>	Regolarizzato CUP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>													
Prelievo effettuato c/o POLIAMBULATORIO VIA DEL RIDOTTO, 9															
Cognome	<input type="text"/>														
Nome	<input type="text"/>														
Nata a	<input type="text"/>														
Prov.															

Dati obbligatori per pazienti **ESTERNI NON** regolarizzati CUP per le prestazioni di Anatomia Patologica:

Cod. Fiscale	<input type="text"/>	A.S.L. di residenza	<input type="text"/>
Residente a	Prov.		
Posizione amministrativa (Ticket)			
Esente Totale	<input type="checkbox"/>	Cod. Esenzione	<input type="text"/>
NON Esente	<input type="checkbox"/>		
Esente Età / Reddito (Autocertificazione)	<input type="checkbox"/>		
Indigente	<input type="checkbox"/>		
Esente per patologia	<input type="checkbox"/>	Cod. Esenzione	<input type="text"/>

Notizie cliniche

Parità
U.M.
☐ Attualmente gravida
☐ In allattamento
☐ Meno-metrorragie ult. 6 mesi
☐ Terapia estr. ult. settimana
☐ Pillola ult. 2 settimane
☐ IUD ultimi 8 mesi
☐ Chemioterapia ultimo anno
☐ Radioterapia ultimi 3 anni

Pregressi Interventi

☐ Conizzazione
☐ Isterectomia totale
☐ Annessiectomia bilaterale
☐ Mastectomia

Patologia riscontrata

☐ CIN I (LSIL)
☐ CIN II (HSIL)
☐ CIN III (HSIL)
☐ Ca (collo e corpo)
☐ Leiomiomi

Prelievo citologico

☐ Vagina spatolato
☐ Vagina aspirato
☐ Cupola vaginale
☐ Portio spatolato
☐ Endocervice
☐ Endometrio

Reperto colposcopico

☐ Nella norma
☐ Patologico

Note

Data

Timbro e Firma Richiedente (leggibile)