

SOLICITUD CITOLOGÍAS / BIOPSIAS / HPV

| Datos de filiación del paciente | Remitente |
|--|-----------------------------------|
| Nombre: <input type="text"/> | Centro: <input type="text"/> |
| Primer apellido: <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Segundo apellido: <input type="text"/> | Facultativo: <input type="text"/> |
| Edad: <input type="text"/> | <input type="text"/> |

CO-TEST (Citología en medio líquido y detección HPV) (solo medio ThinPrep)

CITOLOGÍA (en las laminillas deben ponerse en mayúsculas las iniciales del paciente)

Indicación de la citología :

Edad: Fumadora: Sí NO

Fecha de la última regla: / /

Número de hijos:

Número de abortos:

¿Está embarazada? Sí No

¿Usa anticonceptivos? (método y tiempo):

Observaciones:

BIOPSIA (en los recipientes enviados deben figurar el nombre y apellidos del paciente)

Zona de la biopsia:

Indicación de la biopsia:

Pieza remitida:

Hallazgos operatorios:

Sugerecias diagnósticas:

CULTIVO VAGINAL (en los recipientes enviados deben figurar el nombre y apellidos del paciente)

PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV) (señale con una cruz el motivo de estudio)

Revisión:

Citología alterada (indique):

Control post-tratamiento de HPV:

Pareja con HPV:

Pre-Vacunación:

Otros (indique):

Contacto

Dirección: Calle Nicolás de Bussi, 18,
 Polígono de Torrellano. 03203 Elche, Alicante
 Teléfono de Atención al Cliente: 965 94 31 33
 Fax: +34 965 943 264
 Email: admin@riberalabs.com