

## 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