



## RICHIESTA ESAME CITOLOGICO PAPTEST/HPVTEST

### MEDICO RICHIEDENTE

Nome e cognome

Provenienza

### PAZIENTE

Nome e cognome

Nato il

Indirizzo

Telefono

Cod. fisc.

E-Mail

### NOTIZIE CLINICHE

Data ultima mestruazione

Menopausa dal

- ESITI DI CONIZZAZIONE  
 ESITI DI ISTERECTOMIA  
 TRATTAMENTO ORMONALE  
 DIU  
 GRAVIDANZA

### MOTIVO DEL PRELIEVO

- PAP TEST IN FASE LIQUIDA  
(con reflex HPV test)  
 PAP TEST CONVENZIONALE  
 CO-TEST: HPV TEST + PAP TEST  
(richiesti dal clinico)  
 HPV TEST

### SEDE DEL PRELIEVO

- ESOCERVICE  
 ENDOCERVICE  
 VULVA  
 VAGINA  
 ALTRO

### INFORMATIVA SULLA PRIVACY

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI - DEL REGOLAMENTO UE GDPR N. 679/2016

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato e presta il proprio consenso relativamente a:

- Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connessi con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratori analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private, Autorità Pubbliche etc) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;
- Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la limitazione nell'utilizzo, la portabilità, il diritto di reclamo all'Autorità Garante nonché la revoca del consenso e che tali diritti possono essere esercitati inviando pec a [consulenzediagnostiche@legalmail.it](mailto:consulenzediagnostiche@legalmail.it);
- Il titolare del trattamento dei dati personali ed informazioni di contatto: **Consulenze Diagnostiche Citoistologiche Srl (p.iva: 07647500961), 20122 Milano, Via Lamarmora Alfonso, 21; pec: [consulenzediagnostiche@legalmail.it](mailto:consulenzediagnostiche@legalmail.it)**

Esprimo pertanto il mio libero consenso al trattamento dei dati personali e particolari ai fini delle predette finalità, modalità e comunicazione.

DATA

FIRMA DEL PAZIENTE O CHI NE FA LE VECI  
(se minore o incapace)

FIRMA MEDICO