



**Consulenze  
Diagnostiche  
Cito-istologiche**

**Sede operativa: via Marco Polo 31 - 20831 Seregno (MB)**  
Segreteria: tel +39 331 49 61 808  
email: cdc.segreteria@cdclab.it  
Direttore Responsabile: dott. Stefano Crippa

campione n°


MEDICO RICHIEDENTE\*

CENTRO RICHIEDENTE\*

## RICHIESTA ESAME CITOLOGICO PAP TEST / HPV TEST

### PAZIENTE \* *campi obbligatori*

Cognome* <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nome* <input style="width: 90%;" type="text"/>
Data di nascita* <input style="width: 90%;" type="text"/>	Codice Fiscale* <input style="width: 90%;" type="text"/>
Telefono* <input style="width: 90%;" type="text"/>	e-mail <input style="width: 90%;" type="text"/>

### TEST RICHIESTO

<input type="checkbox"/> PAP TEST CONVENZIONALE	<input type="checkbox"/> PAP TEST IN FASE LIQUIDA (con reflex HPV test)	<input type="checkbox"/> HPV TEST	<input type="checkbox"/> CO-TEST: HPV TEST + PAP TEST (richiesti dal clinico)
---	--	-----------------------------------	--

### SEDE DEL PRELIEVO

<input type="checkbox"/> ESOCERVICE	<input type="checkbox"/> ENDOCERVICE	<input type="checkbox"/> VULVA	<input type="checkbox"/> VAGINA	<input type="checkbox"/> ALTRO.....
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

### NOTIZIE CLINICHE

<input type="checkbox"/> NON ha mai eseguito PAP TEST	Test HPV <input type="checkbox"/> Mai eseguito
<input type="checkbox"/> Ripete PAP TEST > diagnosi ultimo PAP TEST:.....	<input type="checkbox"/> Negativo (data:.....)
Data ultima <input style="width: 100px;" type="text"/> Menopausa <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positivo (data:.....)
mestruazione dal	tipo/i: .....
<input type="checkbox"/> Gravidanza	Vaccino HPV <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ
<input type="checkbox"/> Anticoncezionali in uso (IUD, pillola,...).....	<input type="checkbox"/> Terapia sostitutiva / ormonale
<input type="checkbox"/> ESITI DI CONIZZAZIONE      Obiettività ginecologica <input style="width: 450px;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ESITI DI ISTERECTOMIA	

spazio riservato al Patologo

### 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:

1. Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connessi con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
2. 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;
3. 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);
4. Il titolare del trattamento dei dati personali ed informazioni di contatto: **Consulenze Diagnostiche Citoistologiche Srl (p.iva: 07647500961), 20122 Milano, Via A. Lamarmora, 21;**

**PEC: consulenzediagnostiche@legalmail.it**

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

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

.....  
DATA DI PRELIEVO

.....  
FIRMA MEDICO