



### RICHIESTA ESAME HPV

#### ANAGRAFICA PAZIENTE

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Luogo e Data di nascita** \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

Data Ultima Mestruazione \_\_\_\_\_ Gravida SI  NO  Menopausa SI  NO

**Progresso PAP** \_\_\_\_\_ **Progresso HPV** \_\_\_\_\_

**Colposcopia** \_\_\_\_\_

Obiettività \_\_\_\_\_

Altre notizie cliniche \_\_\_\_\_

**Sede del tampone** \_\_\_\_\_

**Data prelievo** \_\_\_\_\_

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura .

Firma paziente \_\_\_\_\_

**Firma/Timbro del medico** \_\_\_\_\_



### RICHIESTA ESAME HPV

#### ANAGRAFICA PAZIENTE

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Luogo e Data di nascita** \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_ **Indirizzo** \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

Data Ultima Mestruazione \_\_\_\_\_ Gravida SI  NO  Menopausa SI  NO

**Progresso PAP** \_\_\_\_\_ **Progresso HPV** \_\_\_\_\_

**Colposcopia** \_\_\_\_\_

Obiettività \_\_\_\_\_

Altre notizie cliniche \_\_\_\_\_

**Sede del tampone** \_\_\_\_\_

**Data prelievo** \_\_\_\_\_

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura .

Firma paziente \_\_\_\_\_

**Firma/Timbro del medico** \_\_\_\_\_