SOLICITUD CITOLOGÍAS / BIOPSIAS / HPV

Datos de filiación del paciente	Remitente
Nombre: Primer apellido: Segundo apellido: Edad:	Centro: Facultativo:

☐ **CO-TEST** **(CITOLOGÍA EN MEDIO LÍQUIDO Y DETECCIÓN HPV) (sólo 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:

Sugerencias diagnósticas:

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

☐ **PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)** **(señale con una cruz el motivo del estudio)**

☐ Revisión

☐ Citología alterada *(Indique)*:

☐ Control post-tratamiento de HPV:

☐ Pareja con HPV:

☐ Pre-Vacunación:

☐ Otros (Indique):

Centro Inmunológico Alicante c/Cristo de la Paz, 36-38 bajos

03550 - San Juan (Alicante) 965943133 - Fax 965943264

www.cialab.com admin@cialab.com