



Virgen de Luján, 36-6ºB
Teléfono: +34 954 278 686
Móvil: +34 667 560 390
41011-Sevilla
contacto.patologia@seviston.com

SOLICITUD DE CITOLOGIA GINECOLOGICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

APELLIDO 1º _____

APELLIDO 2º _____

NOMBRE _____

SEXO : V / M

NUMERO HISTORIA _____

FECHA NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

TELEFONO / DIRECCION _____

DIAGNOSTICO PERMANENTE _____

IDENTIFICACION DEL EPISODIO

NUMERO DE EPISODIO: _____ FECHA DE SOLICITUD: ____ / ____ / ____

CODIGO DE AP : _____ (A RELLENAR POR PATOLOGIA)

FECHA Y HORA OBTENCION DE ESPECIMEN: _____

DESTINO DEL INFORME: _____ SERVICIO PETICIONARIO: _____

MEDICO: _____ CARACTER: ORDINARIO / PREFERENTE / URG.

CASO CONSULTA

PROCESO ASISTENCIAL

PROFESIONAL QUE OBTIENE EL ESPECIMEN: _____

JUICIO CLINICO: _____

ESTUDIOS SOLICITADOS

TIPO DE TOMA : TRIPLE, ECTOCERVIX, ENDOCERVIX, VAGINAL,
 OTRO : (especificar) : _____

CLINICA:

* MENOPAUSIA : NO / SI ---- THS: NO / SI

* FECHA ULTIMA REGLA: ____ / ____ / ____ TIPO DE CICLO: ____ / ____

* EMBARAZO: NO / SI _____ SEMANAS

* SINTOMAS: PRURITO : NO / SI

LEUCORREA:NO / SI

Características: _____

SANGRADO ANORMAL NO / SI

Características: _____

* ANTICONCEPCION: NO / SI METODO: _____

* CIN ANTERIORES:

* INFECCION HPV:

* CONDILOMAS, VERRUGAS ANOGENITALES:

* ETS: