



Cognome e nome

Gentile Signora,

Le chiediamo di fornirci alcune notizie cliniche per completezza diagnostica dell'esame richiesto:

- Vaccinazione HPV no sì
- Gravidanza (in corso) no sì settimana
- Allattamento (in corso) no sì
- Menopausa no sì mesi anni
- Pap test precedenti (c/o altre strutture) negativi positivi
- Terapie precedenti (laser, conizzazione ecc.)
- Uso di contraccettivi, terapie ormonali, ecc.
- DATA ultime mestruazioni

Note:

Data Firma della paziente