

SUS RESULTADOS EN LÍNEA: www.labreferencia.com

Fecha: (D/M/A)

Nombre (s):

Apellido (s):

Cédula/Pasaporte:

Edad: Fecha de nacimiento (D/M/A):

Sexo: M F Teléfono:

Doctor/Laboratorio: No. Cliente:

Centro de Salud: Ciudad:

FAVOR MARCAR CON UNA X LA(S) PRUEBA(S) SOLICITADA(S)

CITOLOGÍA EN BASE LÍQUIDA <input type="checkbox"/>	TRICHOMONAS V. <input type="checkbox"/>	HPV DE ALTO RIESGO APTIMA <input type="checkbox"/>	COMBO1: CITOLOGÍA + HPV <input type="checkbox"/>		
PAPANICOLAOU CONVENCIONAL <input type="checkbox"/>	NEISSERIA G. / CHLAMYDIA T. <input type="checkbox"/>	HPV GENOTIPIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	COMBO 2: CITOLOGÍA + HPV + NEISSERIA/CHLAMYDIA <input type="checkbox"/>		
BIOPSIA <input type="checkbox"/>			OTRA: _____		
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:	VULVA <input type="checkbox"/>	CÉRVIX <input type="checkbox"/>	ENDOCÉRVIX <input type="checkbox"/>	ENDOMETRIO <input type="checkbox"/>	TROMPA (S) UTERINA(S) <input type="checkbox"/>
	VAGINA <input type="checkbox"/>	EXOCÉRVIX <input type="checkbox"/>	ÚTERO <input type="checkbox"/>	OVARIO(S) <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>

HISTORIA CLÍNICA

<input type="checkbox"/> EMBARAZO	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA	<input type="checkbox"/> DESCARGA VAGINAL
<input type="checkbox"/> POST-PARTO	<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SANGRADO	<input type="checkbox"/> OTROS:

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)

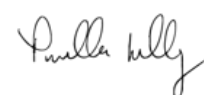
MOTIVO DEL ESTUDIO:

DISPOSITIVO DE MUESTREO Y FUENTE:

MEDICAMENTOS:

HISTORIA DE DISPLASIA O MALIGNIDAD:

HISTORIA DE VPH:



HISTORIA DE VACUNACIÓN DE VPH:

VIH:

OTRAS INFORMACIONES:

COLPOSCOPIA / CARACTERÍSTICAS DEL CÉRVIX



COMENTARIOS:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

Priscilla Kelly