



OSPEDALE

SEZIONE GINECOLOGICA

ANNO

N° CARTELLA

ANAMNESI FISIOLGICA

Menarca a anni. Cicli successivi: Ritmo Durata giorni.

Quantità Dolorosi

Coniugata da

Eventuali malattie del coniuge:

Gravidanze:

Ultimo parto

Ultima mestruazione: data caratteri

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI GINECOLOGICA REMOTA

ANAMNESI GINECOLOGICA PROSSIMA

ATTENZIONE

L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.

Visto: Si autorizza la stampa.

Data

Firma

Arti Grafiche Cardamone S.r.l.

prestampa@agcardamone.it

- resp. Sig. Andrea Cardamone -
0968.61495

VISITA DI ACCETTAZIONE

.....
.....
.....
.....

DIAGNOSI DI ACCETTAZIONE:

MEDICO DI GUARDIA

.....

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Condizioni generali

Apparato respiratorio

Apparato cardiovascolare

P.A. Frequenza

Apparato scheletrico

Peso: Kg

ESAME OBIETTIVO GINECOLOGICO

G.E.

Vagina

Corpo uterino

Annessi

esame con speculum

.....

DIAGNOSI CLINICA E ORIENTAMENTO TERAPEUTICO

.....
.....
.....

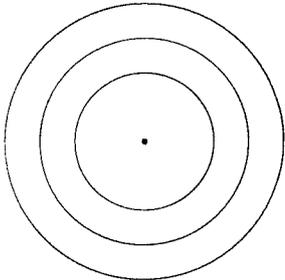
ATTENZIONE
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
Data

Arti Grafiche Cardamone S.r.l.
prestampa@agcardamone.it
- resp. Sig. Andrea Cardamone -
0968.61495

Firma

.....

ESAME COLPOSCOPICO

	Data
	Modificazioni benigne <input type="checkbox"/> Portio normale <input type="checkbox"/> Ectopia <input type="checkbox"/> Zona di riepitelizzazione <input type="checkbox"/> Mucosa atrofica
	Altre lesioni benigne <input type="checkbox"/> Polipi <input type="checkbox"/> Endometriosi <input type="checkbox"/> Processi infiammatori <input type="checkbox"/> Processi distrofici
	Modificazioni sospette <input type="checkbox"/> Zona di riepit. idonegativa a margini netti <input type="checkbox"/> Leucoplachia <input type="checkbox"/> Selciato (o mosaico) <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Erosione vera <input type="checkbox"/> Irregolarità vascolari
	Quadri di atipia aggravata <input type="checkbox"/> Base papillare <input type="checkbox"/> Trasformazione atipica <input type="checkbox"/> Zona rossa non caratteristica <input type="checkbox"/> Ulcerazione sospetta <input type="checkbox"/> Esofizia sospetta <input type="checkbox"/> Altre
FIRMA	

INTERVENTI DIAGNOSTICI

ESAME DI CAVITÀ	
Data	Isterometria: cm Hegar N° Dilatazione
OPERATORE	Cavità: regolare irregolare sinechia polipo fibroma fibrosi
.....	Materiale: assente normale abbondante polipoide sospetto
.....	Detersione cavità: Tamponamento:
ANESTESISTA	Esame istologico (N°):
.....	NOTE:
.....

BIOPSIE

Data	Sede della biopsia: vulva vagina portio
OPERATORE	Esame istologico (N°):
.....
ANESTESISTA	NOTE:
.....

DATA E OPERATORE

ALTRI INTERVENTI

	ATTENZIONE LAZIENDA È FUORI DA OGNI RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE DA VOI CORRETTE. Visto: Si autorizza la stampa: Data Firma	Arti Grafiche Cardamone S.r.l. prestamp@agcardamone.it resp. Sig. Andrea Cardamone 0968.61495
--	---	---

