

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 .....

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

Firma .....

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

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

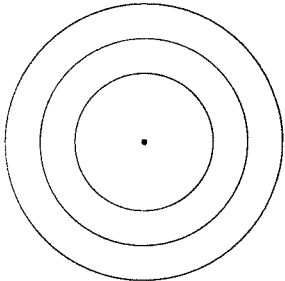
**ATTENZIONE**  
L'AZIENDA È FUORI DA OGNI  
RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE  
DA VOI CORRETTE.  
Visto: Si autorizza la stampa.  
Data .....

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

Firma .....

.....

## ESAME COLPOSCOPICO

	<b>Data</b> .....
	<b>Modificazioni benigne</b> <input type="checkbox"/> Portio normale <input type="checkbox"/> Ectopia <input type="checkbox"/> Zona di riepitelizzazione <input type="checkbox"/> Mucosa atrofica
	<b>Altre lesioni benigne</b> <input type="checkbox"/> Polipi <input type="checkbox"/> Endometriosi <input type="checkbox"/> Processi infiammatori <input type="checkbox"/> Processi distrofici
	<b>Modificazioni sospette</b> <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
	<b>Quadri di atipia aggravata</b> <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
<b>FIRMA</b> .....	

## 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

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

**INTERVENTO OPERATORIO**

Data .....	Diagnosi .....
Operatore: .....	.....
Assistente: .....	.....
Assistente: .....	Intervento .....
Ferrista: .....	.....
Anestesista: .....	.....

**DESCRIZIONE INTERVENTO:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Drenaggi: ..... Rimuovere il .....

.....

**VISITA DI USCITA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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.**  
prestamp@agcardamone.it  
- resp. Sig. Andrea Cardamone -  
0968.61495

**IL DIRETTORE U.O.C.**

.....