

Eleggibilità eleggibile invitata 1 spontanea 2 non eleggibile 3			Codice identificativo 	a 1° pap test b 2° pap test c 3° pap test	n° progressivo pap test
Cognome e Nome 			Codice fiscale 		
Comune di nascita 		Provincia 	Data di nascita 		
Comune di Residenza 1 ROMA 2 FIUMICINO 3 ALTRO:	Indirizzo 			C.A.P. 	
Recapito telefonico 1 	Recapito telefonico 2 		Passaggio di screening 		
Nominativo Medico di Famiglia 			Codice Medico di Famiglia 		
Titolo di studio 1 Nessuno 2 Licenza elementare 3 Licenza Media inferiore 4 Licenza Media Superiore 5 Laurea o equipollente	Esami precedenti fuori screening 1 Effettuato da meno di 1 anno 2 Effettuato da 1 a 3 anni 3 Effettuato da oltre 3 anni 4 Mai effettuato 5 Non ricorda	Notizie cliniche 1 Leucorrea 1 Altro: 1 Prurito 1 U.M.:			
Precedenti trattamenti antiblastici A Radioterapia pelvica B Chemioterapia	Isterectomia A Per neoplasia maligna B Per altre patologie C NON ricorda	Precedenti trattamenti per lesioni della cervice 1 Si → specificare quale e l'anno 2 No 3 Non ricorda 4 Follow up colposcopico 5 Follow-up post-trattamento		A Conizzazione B Ansa C D.T.C., crio, laser	
OSSERVAZIONI					
Data esecuzione pap test 	Cognome Operatore Accoglienza/ Registrazione dati 		Cognome Prelevatore/trice 		
Centro di prelievo 	Matricola Operatore Accettante 		Matricola Prelevatore/trice 		
Esame non completato per: A Rifiuto della Donna B Motivi tecnici C Altro: specificare a lato					
DICHIARAZIONI					
A) DICHIARO, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000, DI ESSERE RESIDENTE in via n.CITTA'.....					
B) DI AVER RITIRATO IL FOGLIO INFORMATIVO					
C) DI <input type="checkbox"/> CONSENTIRE/ <input type="checkbox"/> NON CONSENTIRE, ove necessario, la comunicazione di notizie inerenti il mio pap test al mio Medico di famiglia.					
D) DI NON POTER RICEVERE IL RISULTATO DEL PAP TEST A CASA E DI VOLERLO RITIRARE PRESSO IL CONSULTORIO					
E) DI <input type="checkbox"/> CONSENTIRE/ <input type="checkbox"/> NON CONSENTIRE, l'effettuazione del test HPV sul proprio campione biologico, qualora se ne ravvedesse la necessità, secondo i protocolli del Programma di Screening Citologico dell'Azienda USL Roma D					
F) ACCONSENTO nel mio interesse, per la qualità e finalità del programma nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, al trattamento dei miei dati personali e sensibili, alla spedizione e archiviazione dei dati, anche mediante terzi, vincolati al segreto d'ufficio.					

MOD. 5000