

<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Eleggibilità</th> </tr> <tr> <td>eleggibile invitata</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>eleggibile spontanea</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>non eleggibile</td> <td>3</td> </tr> </table>			Eleggibilità		eleggibile invitata	1	eleggibile spontanea	2	non eleggibile	3	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Codice identificativo</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Codice identificativo		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a</td> <td>1° pap test</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>2° pap test</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>3° pap test</td> </tr> </table>	a	1° pap test	b	2° pap test	c	3° pap test	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>n° progressivo pap test</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	n° progressivo pap test	
Eleggibilità																							
eleggibile invitata	1																						
eleggibile spontanea	2																						
non eleggibile	3																						
Codice identificativo																							
a	1° pap test																						
b	2° pap test																						
c	3° pap test																						
n° progressivo pap test																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Cognome e Nome</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Cognome e Nome		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Codice fiscale</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Codice fiscale																	
Cognome e Nome																							
Codice fiscale																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Comune di nascita</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Comune di nascita		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Provincia</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Provincia		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Data di nascita</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Data di nascita															
Comune di nascita																							
Provincia																							
Data di nascita																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Comune di Residenza</th> </tr> <tr> <td>1 ROMA</td> </tr> <tr> <td>2 FIUMICINO</td> </tr> <tr> <td>3 ALTRO:</td> </tr> </table>	Comune di Residenza	1 ROMA	2 FIUMICINO	3 ALTRO:	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Indirizzo</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Indirizzo		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>C.A.P.</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	C.A.P.													
Comune di Residenza																							
1 ROMA																							
2 FIUMICINO																							
3 ALTRO:																							
Indirizzo																							
C.A.P.																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Recapito telefonico 1</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Recapito telefonico 1		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Recapito telefonico 2</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Recapito telefonico 2		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Passaggio di screening</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Passaggio di screening															
Recapito telefonico 1																							
Recapito telefonico 2																							
Passaggio di screening																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nominativo Medico di Famiglia</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Nominativo Medico di Famiglia		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Codice Medico di Famiglia</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Codice Medico di Famiglia																	
Nominativo Medico di Famiglia																							
Codice Medico di Famiglia																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Titolo di studio</th> </tr> <tr> <td>1 Nessuno</td> </tr> <tr> <td>2 Licenza elementare</td> </tr> <tr> <td>3 Licenza Media inferiore</td> </tr> <tr> <td>4 Licenza Media Superiore</td> </tr> <tr> <td>5 Laurea o equipollente</td> </tr> </table>	Titolo di studio	1 Nessuno	2 Licenza elementare	3 Licenza Media inferiore	4 Licenza Media Superiore	5 Laurea o equipollente	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Esami precedenti fuori screening</th> </tr> <tr> <td>1 Effettuato da meno di 1 anno</td> </tr> <tr> <td>2 Effettuato da 1 a 3 anni</td> </tr> <tr> <td>3 Effettuato da oltre 3 anni</td> </tr> <tr> <td>4 Mai effettuato</td> </tr> <tr> <td>5 Non ricorda</td> </tr> </table>	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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Notizie cliniche</th> </tr> <tr> <td>1 Leucorrea</td> <td>1 Prurito</td> </tr> <tr> <td>1 Altro:</td> <td>1 U.M.:</td> </tr> </table>		Notizie cliniche		1 Leucorrea	1 Prurito	1 Altro:	1 U.M.:		
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 Prurito																						
1 Altro:	1 U.M.:																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Precedenti trattamenti antiblastici</th> </tr> <tr> <td>A Radioterapia pelvica</td> </tr> <tr> <td>B Chemioterapia</td> </tr> </table>	Precedenti trattamenti antiblastici	A Radioterapia pelvica	B Chemioterapia	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Isterectomia</th> </tr> <tr> <td>A Per neoplasia maligna</td> </tr> <tr> <td>B Per altre patologie</td> </tr> <tr> <td>C NON ricorda</td> </tr> </table>	Isterectomia	A Per neoplasia maligna	B Per altre patologie	C NON ricorda	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Precedenti trattamenti per lesioni della cervice</th> </tr> <tr> <td>1 Si → specificare quale e l'anno</td> <td>A Conizzazione</td> </tr> <tr> <td>2 No</td> <td>B Ansa</td> </tr> <tr> <td>3 Non ricorda</td> <td>C D.T.C., crio, laser</td> </tr> <tr> <td>4 Follow up colposcopico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Follow-up post-trattamento</td> <td></td> </tr> </table>		Precedenti trattamenti per lesioni della cervice		1 Si → specificare quale e l'anno	A Conizzazione	2 No	B Ansa	3 Non ricorda	C D.T.C., crio, laser	4 Follow up colposcopico		5 Follow-up post-trattamento		
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	A Conizzazione																						
2 No	B Ansa																						
3 Non ricorda	C D.T.C., crio, laser																						
4 Follow up colposcopico																							
5 Follow-up post-trattamento																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>OSSERVAZIONI</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>				OSSERVAZIONI																			
OSSERVAZIONI																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Data esecuzione pap test</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Data esecuzione pap test		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Cognome Operatore Accoglienza/ Registrazione dati</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Cognome Operatore Accoglienza/ Registrazione dati		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Cognome Prelevatore/trice</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Cognome Prelevatore/trice															
Data esecuzione pap test																							
Cognome Operatore Accoglienza/ Registrazione dati																							
Cognome Prelevatore/trice																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Centro di prelievo</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Centro di prelievo		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Matricola Operatore Accettante</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Matricola Operatore Accettante		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Matricola Prelevatore/trice</th> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Matricola Prelevatore/trice															
Centro di prelievo																							
Matricola Operatore Accettante																							
Matricola Prelevatore/trice																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Esame non completato per:</th> </tr> <tr> <td>A Rifiuto della Donna</td> </tr> <tr> <td>B Motivi tecnici</td> </tr> <tr> <td>C Altro: specificare a lato</td> </tr> </table>				Esame non completato per:	A Rifiuto della Donna	B Motivi tecnici	C Altro: specificare a lato																
Esame non completato per:																							
A Rifiuto della Donna																							
B Motivi tecnici																							
C Altro: specificare a lato																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DICHIARAZIONI</th> </tr> </table>				DICHIARAZIONI																			
DICHIARAZIONI																							
<p>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. CITTÀ'</p> <p>B) DI AVER RITIRATO IL FOGLIO INFORMATIVO</p> <p>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.</p> <p>D) DI NON POTER RICEVERE IL RISULTATO DEL PAP TEST A CASA E DI VOLERLO RITIRARE PRESSO IL CONSULTORIO</p> <p>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</p> <p>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.</p>																							

MOD. 5000