

Donne in SCREENING
donne 25-64 anni

Donne fuori SCREENING
donne <25 e >65 anni,
isterectomizzate.

Centro prelievi _____

Data consegna vetrini _____

N°	COGNOME E NOME (Stampatello)	TIPO Pap test	N° di accettazione Istopatologia	Firma Per il ritiro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

ATTENZIONE! UN FOGLIO (o più fogli con numero progressivo) PER OGNI SCATOLA
SEPARANDO "LE DONNE IN SCREENING" DALLE "DONNE FUORI SCREENING"

Totale vetrini _____

Totale schede _____

L'Operatore _____

NB: Per "TIPO pap test" si intendono le seguenti sigle: FU (Follow UP), I (I pap test), II (pap test ripetuto).