



HOSPITAL “N^a SRA DEL PRADO”

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO)

1º Apellido:

2º Apellido:

Nombre:

Edad: **H^a:**

Nº Afiliación S.S.:

Centro de Salud remitente:

Médico remitente:

Fecha de solicitud:

PETICIÓN DE EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO (MUESTRAS VAGINALES)

ÓRGANO O REGIÓN AFECTADA

ASPECTO DE LA LESIÓN

EXTENSIÓN DE LA LESIÓN

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS (si procediera)

DATOS DE LABORATORIO (si procediera)

Lugar de solicitud:

Lugar de recepción:

Lugar de entrega:

ANTECEDENTES

Edad:

Fecha de última regla:

TRATAMIENTOS HORMONALES

- Sí
- No

SI es SI, INDICAR SI ES

- THS
- ACH

INTERVENCIÓN PRACTICADA

Depistaje de Cáncer de Cervix
(No en Histerect.)

MUESTRA REMITIDA

Triple toma de WITT

BIOPSIAS ANTERIORES

JUICIO CLÍNICO

Fdo. Dr.: