

TAMPONI GENITALI FEMMINILI

Etichetta paziente

Cognome e nome _____

nata il _____ Codice fiscale _____

telefono _____ email _____

GRAVIDANZA no sì, settimana di gestazione _____DISTRUBI no sì arrossamento bruciore prurito leucorrea altro _____

TERAPIA ANTIBIOTICA

 nessuna in corso (nome farmaco) _____
dal _____ pregressa (nome farmaco) _____
sospesa dal _____

VAGINITI RICORRENTI

 no sì, da *Candida spp* *Garnerella vaginalis* *Streptococcus agalactiae* altro _____

Valutazione pH _____

PARTNERDISTRUBI no sì, (descrizione) _____

a partire da _____

TERAPIA ANTIBIOTICA

 nessuna in corso (nome farmaco) _____
dal _____ pregressa (nome farmaco) _____
sospesa dal _____

Luogo, data, _____

Cognome e nome dell'operatore che ha effettuato il prelievo _____

Timbro e firma operatore _____

Per informazioni contattare preventivamente la Microbiologia

