



Genoma

Timbro Medici/Laboratori



N. Prot.: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Scheda di Accettazione

### INFORMAZIONI SUL CAMPIONE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_ Data di nascita\*: \_\_\_\_\_

Codice Campione (Riservato al Medico): \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_

Tipo di Campione: ☐ Tampone vaginale ☐ Tampone cervicale

Indicazioni all'Esame (\*in caso di minore necessaria prescrizione medica): \_\_\_\_\_

### ANALISI RICHIESTA (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

☐ Eubiome - Analisi del Microbioma Vaginale☐ Eubiome – Active

### MODALITÀ DI REFERTAIONE (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

☐ DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO☐ PAZIENTE Online

Per attivare la refertazione al paziente online è obbligatorio fornire una E-mail: \_\_\_\_\_

Le indicazioni per il primo accesso sono disponibili sul sito <https://www.laboratoriogenoma.eu/>

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizzo ai sensi del Reg. EU 2016-679 all'invio del referto nelle modalità sopra indicate.

FIRMA \_\_\_\_\_

### DATI DI FATTURAZIONE (Selezionare la/e casella/e corrispondente/i)

☐ DOTTORE/ STUDIO / LABORATORIO (secondo scheda conoscitiva)☐ PAZIENTE (compilare i campi sottostanti)

Nome Cognome: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Città di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Privacy:** Questo documento è stato generato da Eurofins Genoma Group ed è impiegato ad uso esclusivo dei pazienti che ne facciano richiesta. Tale documento può contenere informazioni di carattere estremamente riservato e confidenziale. Qualora venga smarrito e sia in Suo possesso, La preghiamo gentilmente di informarci immediatamente al numero di telefono (+39) 06.164161500 oppure di inviarlo tempestivamente al seguente indirizzo: Eurofins Genoma Group - Laboratori e Studi Medici c/o Via Castel Giubileo, 11 - 00138 Roma. Qualsiasi utilizzo non autorizzato del contenuto di questo documento costituisce violazione dell'obbligo di non prendere visione della corrispondenza tra altri soggetti, salvo più grave illecito, ed espone il responsabile alle relative conseguenze civili e penali

Eurofins Genoma Group S.r.l a socio unico / sole shareholder

**Sede Legale / Registered Office**  
Via di Castel Giubileo, 11  
00138 Roma  
C.F. e P.Iva 05402921000  
REA 883.995  
Iscr. Reg. Impr. 369761/1197

**Laboratorio e Studi Medici/ Laboratories**  
**Rome - Milan**  
+ (39) 06.164161500  
[info@laboratoriogenoma.eu](mailto:info@laboratoriogenoma.eu)

[www.laboratoriogenoma.eu](http://www.laboratoriogenoma.eu)

COMPANY WITH  
QUALITY SYSTEM  
CERTIFIED BY DNV  
ISO 9001

Timbro Medici/Laboratori

**Scheda anamnestica** (a cura del Medico)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_

SELEZIONARE LA/LE CASELLA/E CORRISPONDENTE/I

**Sintomi:**

- ☐ Leucorrea
- ☐ Prurito
- ☐ Bruciore
- ☐ Dispareunia
- ☐ Precedente anomalia PAP-TEST
- ☐ Sintomi apparato urinario
- ☐ Assenza di sintomi

**Condizione Fisiologica:**

- ☐ Gravidanza
- ☐ Menopausa
- ☐ Pre menarca
- ☐ Stato riproduttivo

**BMI:**

- ☐ Normopeso
- ☐ Sottopeso
- ☐ Sovrappeso
- ☐ Obesità

**Condizioni ALVO:**

- ☐ Tenzionalmente stitico
- ☐ Tenzionalmente diarroico
- ☐ Diarroico

Data: \_\_\_\_\_

Firma del Medico: \_\_\_\_\_

**Eurofins Genoma Group S.r.l a socio unico / sole shareholder**

**Sede Legale / Registered Office**  
Via di Castel Giubileo, 11  
00138 Roma  
C.F. e P.Iva 05402921000  
REA 883.995  
Iscr. Reg. Impr. 369761/1197

**Laboratorio e Studi Medici/ Laboratories**  
**Rome - Milan**  
+ (39) 06.164161500  
info@laboratoriogenoma.eu

[www.laboratoriogenoma.eu](http://www.laboratoriogenoma.eu)

COMPANY WITH  
QUALITY SYSTEM  
CERTIFIED BY DNV  
ISO 9001