

Nombre del laboratorio

Dirección del laboratorio

Formulario de solicitud de prueba VPH

Fecha de solicitud: _____

1. Datos del paciente (obligatorios, no dejar en blanco):

| | | |
|--|----------------------------|-------|
| Nombre y apellido: (En letras mayúsculas) | Fecha de nacimiento/edad: | Sexo: |
| Correo electrónico: (si está disponible) | Nº de teléfono fijo/móvil. | |

2. Información de derivación (obligatoria, no dejar en blanco):

| | |
|--|---|
| Nombre del laboratorio/hospital de derivación: | Nombre del médico remitente: |
| Nº teléfono del laboratorio/Dr/Hospital: | Dirección de correo electrónico (para enviar el informe): |
| Prueba solicitada: Prueba de ADN del VPH | Tipo de muestra: Autotoma cervical/vaginal |
| | Fecha y hora de toma de muestra: |

3. Antecedentes clínicos

| |
|---|
| Cualquier otro antecedente/indicación clínica |
|---|

Firma del médico remitente