

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Indirizzo (dato opzionale) \_\_\_\_\_

Tel. (dato opzionale) \_\_\_\_\_ E-Mail (dato opzionale) \_\_\_\_\_

Ente di provenienza \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

Trattamento antibiotico  SI  NO Da Quando \_\_\_\_\_

Antibiotici usati \_\_\_\_\_

Esame Batteriologici Progressi \_\_\_\_\_

**MATERIALE:** URINA  FECI  SANGUE  ESPETTORATOTAMPONE \_\_\_\_\_  
(Indicare il tipo di tampone e/o la sede di prelievo)

ALTRO \_\_\_\_\_

ES. COLTURALE PER \_\_\_\_\_

**ESAME MICROBIOLOGICO DEL TAMPONE VAGINALE**

Data U. M \_\_\_\_\_

- GRAVIDANZA N° Settimane \_\_\_\_\_  
 MENOPAUSA Dal \_\_\_\_\_  Fisiol.  Chirurgica  
 TERAPIA SOSTITUTIVA  
 CONTRACCEZIONE  
 IUD  
 PREPUBERE  
 AMENORREA

**SINTOMATOLOGIA**

- LEUCORREA: COLORE \_\_\_\_\_  
 ODORE  
FISH ODOR TEST  POS  NEG  
 BRUCIORE  
 PRURITO  
 CISTITI RECIDIVANTI

PH \_\_\_\_\_

Aborti \_\_\_\_\_ Parti \_\_\_\_\_

Precedenti patologia urogenitali \_\_\_\_\_

Terapia effettuata \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del prelevatore \_\_\_\_\_