

COGNOME.....

NOME.....

DATA E NUMERO DI ACCETTAZIONE.....

**HA RISPETTATO L'ASTENSIONE DAI RAPPORTI SESSUALI PER 24 ORE?***(una risposta negativa implica l'impossibilità ad eseguire il prelievo)*

Sì

No

**ANAMNESI:**

STATO

- DATA ULTIMA MESTRUAZIONE ...../...../.....
- MENOPAUSA .....
- GRAVIDANZA (SETTIMANA ..... )

CONTRACCEZIONE

- PILLOLA
- ALTRI TIPI.....

STORICO

- PRIMO EPISODIO
- EPISODI RICORRENTI DI:
  - VAGINITE DA CANDIDA .....
  - VAGINOSI BATTERICA
  - ALTRO.....

**SINTOMI:**

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| - CONTROLLO PRE-PARTO | - GONFIORE            |
| - SECREZIONE          | - DISPAREUNIA         |
| - PRURITO             | - DISURIA             |
| - BRUCIORE            | - ULCERAZIONI         |
| - ARROSSAMENTO        | - LEUCORREA           |
| - DOLORE              | - FLOGOSI AL PAP TEST |

**TERAPIA:** QUALE: .....SOSPESA DA: .....**DISTURBI DEL PARTNER:**

Sì

No

**FLUOR A FRESCO:****PH:** .....

- TRYCOMONAS:.....
- PMN:.....
- CELLULE:.....
- LATTOBACILLI:.....
- MICETI:.....
- ALTRO:.....