

## CERERE EXAMEN CITOLOGIC CERVICO-VAGINAL

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ora recoltării: \_\_\_ / \_\_\_

### INFO PACIENT

Nume: ..... Prenume: ..... CNP: .....  
Vârsta: ..... Adresă: ..... Telefon: .....  
Diagnostic clinic/colposcopic: .....

### DATE CLINICE:

UM: ..... Nașteri: ..... Avorturi: .....  
 Sângerări la contact  Spontane  Cauterizări  
 Leucore  Metroragii  Biopsii anterioare (diagnostic): .....  
 Leziuni pe col în antecedente

### HORMONOTERAPIE:

Contraceptive hormonale  Tratament substituție Alte : .....

### TERAPIE CHIRURGICALĂ COL/UTER:

Histerectomie totală  Histerectomie subtotală  Conizație  
Alte: .....

### STATUS HORMONAL:

Ciclu  Sarcină  Menopauză  Lăuzie  Alăptare

### ASPECTUL COLULUI:

Cu leziuni vizibile  Fără leziuni vizibile

### REZULTATE ANTERIOARE:

Test Papanicolau anterior (anul și rezultatul) .....

### TESTĂRI HPV

ADN  Pozitiv Specificați tipul .....  
 ARNm  Negativ

### MOTIVUL EFECTUĂRII EXAMENULUI CITOLOGIC:

Control după tratament antiinflamator  Control după tratament estrogenic  Suspiciune macroscopică  
 Simptomatologie sugestică  Investigații infertilitate  Investigații preoperatorii  
 Control după intervenție conservatoare pentru CIN  Control de rutină (screening)  Control după tratament radio-chirurgical

### ANALIZE SOLICITATE:

<input type="checkbox"/> Examen Babeș Papanicolau în mediu lichid 90 lei	<input type="checkbox"/> HPV-ADN (depistare și genotipare) 340 lei	<input type="checkbox"/> Examen citologic secreții diverse 50 lei
<input type="checkbox"/> Examen Babeș Papanicolau 46 lei	<input type="checkbox"/> HPV-ADN (depistare tulpini high risk, 250 lei genotipare 16,18,45)	<input type="checkbox"/> Depistare Ag N gonorrhoeae 50 lei
<input type="checkbox"/> Examen secreție vaginală 20 lei	<input type="checkbox"/> Pachet BPN lichid + HPV 370 lei	<input type="checkbox"/> Test CINtec PLUS (imunocitodiagnostic) 320 lei
<input type="checkbox"/> Cultură col 54 lei	<input type="checkbox"/> Pachet HPV-ADN (depistare tulpini high risk, genotipare 16,18,45) + BPN mediu lichid 295 lei	<input type="checkbox"/> Cultură col procesare automată 75 lei
<input type="checkbox"/> Mycoplasmă + Ureaplasmă 88 lei	<input type="checkbox"/> Piesa histologică mică 143 lei	<input type="checkbox"/> Detecție Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium și Trichomonas vaginalis (Real-TM PCR) 385 lei
<input type="checkbox"/> Antigen Chlamydia 77 lei	<input type="checkbox"/> Piesa histologică medie 220 lei	

Am fost informat(ă) și sunt de acord cu preluarea și prelucrarea de către Clinica Sante a datelor cu caracter personal, în scopul satisfacerii prezentei cereri de analize, în conformitate cu reglementările în vigoare cu privire la protecția datelor cu caracter personal.

Data și ora recoltării \_\_\_\_\_  
Medic \_\_\_\_\_

Semnătura pacientului \_\_\_\_\_

## CONSIMȚĂMÂNT LIBER EXPRIMAT ȘI INFORMAT

cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și pentru efectuarea de analize medicale.

Subsemnatul ....., CNP.....

Declar prin prezenta, că am fost informat asupra drepturilor mele conform cerințelor REGULAMENTULUI UE 679/2016 PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI CONSILIULUI DIN 27.04.2016, LEGII 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și la libera circulație a acestor date, modificată și completată și Legii 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice de către S.C. CLINICA SANTE S.R.L., care are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai în scopurile specificate datele cu caracter personal și informațiile medicale furnizate în cadrul actului medical.

Declar prin prezenta, în mod expres, liber, neechivoc și în deplină cunoștință de cauză că sunt de acord ca datele mele să fie prelucrate și menționez că acest acord este valabil până când va fi expres revocat de către mine în condițiile legii.

Declar că sunt de acord ca rezultatele serviciilor medicale prestate de S.C. Clinica Sante S.R.L. la solicitarea mea, să îmi fie predate personal sau să îmi fie trimise de către S.C. Clinica Sante S.R.L. prin email, la adresa: .....

Declar că sunt de acord ca rezultatele serviciilor medicale prestate de S.C. Clinica Sante S.R.L. la solicitarea mea să fie trimise de către S.C. Clinica Sante S.R.L. către furnizorul de servicii medicale ....., identificat prin ....., la adresa de email .....

Declar că sunt de acord ca rezultatele serviciilor medicale prestate de către S.C. Clinica Sante S.R.L. la solicitarea mea să fie înmânate către (nume întreg) ....., identificat(ă) prin .....

### INFORMARE CU PRIVIRE LA PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

Scopul colectării datelor este acordarea de servicii medicale în condițiile legii. Sunteți obligat(ă) să furnizați datele acestea fiind necesare legalității acordării serviciilor medicale. Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operator S.C. CLINICA SANTE S.R.L. și sunt comunicate atunci când se impune, doar autorităților abilitate în domeniul medical (ex: Casa de Asigurări de Sănătate, Direcția de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății Publice). Datele dvs. nu vor fi transferate în afara României.

#### Conform legislației în vigoare aveți următoarele drepturi:

- dreptul de acces la datele dvs. personale;
- dreptul de rectificare, ștergere, restricționare a prelucrării datelor personale;
- dreptul de a vă opune prelucrării;
- dreptul la portabilitatea datelor;
- dreptul de a retrage prezentul consimțământ în orice moment, fără ca legalitatea prelucrării anterior retragerii consimțământului să fie afectată;
- dreptul de a depune plângeri în fața autorității de supraveghere naționale, respectiv Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal.

Data:

Semnătură:

