

Motivo del controllo

Inviata da:

U.M. Menopausa No Sì Anno d'inizio

Primo pap test Sì No

Ultimo pap test in data

Pregressa positività in data

Ultimo hpv test in data

Pregressa positività in data

Disturbi/disagio nell'esecuzione dei pap test precedenti?

Stato di gravidanza Sì No Se sì, epoca gestazionale

Utilizzo di contraccettivi ormonali o iud Sì No

Uso recente di chemioterapia o radioterapia Sì No

Valutazione del rischio perineale tramite perineal card Sì No Punteggio

Disturbi uro/ginecologici (incontinenza, senso di peso, dolore, difficoltà ai rapporti)? Sì No

VALUTAZIONE PERINEALE (ispezione genitali, riflessi, sensibilità, statica pelvica, richiesta di contrazione)

Esecuzione pap test

Osservazioni

Disturbi/disagi avvertiti durante l'esecuzione

Conclusioni

Proposte comportamentali/terapeutiche

Invio/consulenza