

Nombre Méd:

Tlf:

Nº C.I o RUC:
(para facturación)

Mail:

Cód. vial:

Datos del paciente

Nombres y apellidos:

C.I.:

Edad:

años

Fecha nac.: DD / MM / AAAA

Sexo: M F

Embarazo: No Sí Semanas

FUM: DD / MM / AAAA

Abortos: #

Partos: #

Cesáreas: #

Otros antecedentes:

Estudio(s) Solicitado(s)

Servicios Principales

Citología en Base Líquida

PAP Convencional

Cultivo de Secreción Vaginal

Screening + Genotipificación de VPH (29 S)

Screening + Genotipificación de VPH (40 S)

GinePlus PCR (30 parámetros)

Flora Scan Vaginal (8 parámetros)

Panel de detección de 12 ITS

NeumoPlus PCR (9 agentes)

Combos

29S VPH + 12 ITS

29S VPH + 12 ITS + Citología

CO-TEST 29S (Cit. base líq. y genot. VPH)

CO-TEST 40S (Cit. base líq. y genot. VPH)

29S VPH + Flora Scan PCR

29S VPH + GinePlus PCR

12 ITS + Flora Scan + GinePlus PCR

Otro(s):

**Para solicitar análisis de biopsias, llenar el formulario de solicitud pertinente y autorizado por Labgenetics.*

Fecha de toma: DD / MM / AAAA

Hora:

Ciudad:

Pago realizado

No Sí \$

Tipo de pago

Efectivo Cheque Transferencia

Firma del Solicitante

Firma receptor de la muestra