

PRELIEVO ESEGUITO IN LABORATORIO		<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO	
Codice Paziente _____		Cosenza li _____		Ora prelievo _____	
Cognome _____		Nome _____		Età _____	
Medico _____					
Gardnerella v.	<input type="checkbox"/>	Micoplasmi	<input type="checkbox"/>	Clamidia	<input type="checkbox"/>
				Neisseria	<input type="checkbox"/>
Antimicrogramma	<input type="checkbox"/>				
Gravida	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Settimane	_____	
Uso di dispositivi intrauterini	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		
Si è lavata con acqua	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO		

SINTOMATOLOGIA

PRURITO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
ARROSSAMENTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
PERDITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Tipo perdite	<input type="checkbox"/> Dense, bianche <input type="checkbox"/> Dense, gialle <input type="checkbox"/> Grigie, gialle verdastre, maleodoranti, cremose <input type="checkbox"/> Grigiastre, omogenee, filanti, fish-odor (puzza di pesce) <input type="checkbox"/> Ematiche	
Esame eseguito in precedenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Precedenti infezioni vaginali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se si quali	_____	
Terapie antibiotiche	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			
Terapie a fresco					