

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE SZYJKI MACICY

<i>Pieczętka jednostki zlecającej wraz z nazwą oddziału</i>	<i>Pieczętka lekarza i ew. telefon kontaktowy</i>

DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię

Płeć

M

K

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Data i godzina
pobrania materiału

Data
Godzina

 Data i godzina
utrwalenia materiału

Data
Godzina

 Rodzaj utrwalacza
*właściwe zakreślić

Spray utrwalający
Podłoże płynne

Rodzaj badania:

cytologia ginekologiczna
cytologia LBC SurePath™
pakiet LBC + hr-HPV

Rozpoznanie kliniczne:

 Data poprzedniego
badania cytologicznego:

Data

 Data ostatniej
miesiączki:

Data

Liczba porodów:

 Wynik ostatniego testu
HPV DNA:

Pozytywny
Negatywny
*Palenie
papierosów*
IUD
HTZ
Ciąża
Laktacja
Menopauza

 Ocena makroskopowa
szyjki macicy:

Prawidłowa
Ektopia
Inne

 Miejsce
pobrania:

*Tarcza i kanał
szyjki macicy*
*Sklepienie
pochwy*
Kikut pochwy
Ściana pochwy
Kanał szyjki