

## Tryb wykonywania badania

Bardzo pilny

Pilny

Normalny

Numer nadany przez kierującego  
zgodny z numerem na szkiełku

Pieczętka jednostki kierującej  
(szpital, oddział, poradnia, gabinet)

Numer Pracowni

# SKIEROWANIE do NZOZ ZAKŁADU PATOLOGII Sp. z o.o.

## PRACOWNIA CYTODIAGNOSTYKI GINEKOLOGICZNEJ

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 70, I piętro, tel. 413684787, fax 413661781

Proszę o badanie cytologii złuszczeniowej szyjki macicy

Nazwisko i imię Pacjentki: .....  
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Pesel: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Przedstawiciel Pacjentki: .....  
(wypełnić w przypadku pacjentek małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do wyrażania zgody)

Data i godz. pobrania materiału

Rodzaj zastosowanego utrwalacza

Data i godz. utrwalenia materiału

Data i godz. dost. materiału do Zakładu Patologii,  
ident. osoby przyjmującej

BADANIE RUTYNOWE

DATA POPRZEDNIEGO  
BADANIA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
DZIEŃ MIESIĄC ROK

DATA O.M. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
DZIEŃ MIESIĄC ROK

BADANIE KONTROLNE  
Z POWODU: .....

WYWIAD POŁOŻNICZY: C.  P.

### STAN OGÓLNY

- Ciężarna
- Po porodzie (do 12 tyg.)
- JUD IN UTERO
- Lecz. hormonalne
- Profilaktyczne
- Antykoncepcja hormonalna
- Inne

### OBJAWY

- Upławy
- Krw. po stosunku
- Krw. międzymiesiączk.
- Krw. pomenopauzalne
- Inne

### SZYJKA

- Prawidłowa
- ECU
- Cervicitis
- Polypus
- Ca susp

### POPZED. LECZENIE GINEK.

- Elektrokoagul/laser
- Konizacja/amputacja szyjki
- Nadpochwowa amp. macicy
- Hysterektomia
- Jedno/obustr. adneksktomia
- Inne

Inne istotne informacje (wynik: biocenozy, kolposkopii): .....

Lekarz kierujący (czytelny podpis)