

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

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

SZYJKA

- Prawidłowa
- ECU
- Cervicitis
- Polypus
- Ca susp

POPRED. LECZENIE GINEK.

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

Inne istotne informacje (wynik: biocenozy, kolposkopii):

Lekarz kierujący (czytelny podpis)