

فرم درخواست سیتولوژی پاپ اسمیر

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود.

C	شماره سیتولوژی:	شماره آزمایشگاه:	تاریخ:
---	-----------------	------------------	--------

این قسمت توسط بیمار تکمیل شود:

نام بیمار:	سن:	نام پزشک:	ارسالی از:
------------	-----	-----------	------------

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود:

تاریخ نمونه‌گیری:	نوع نمونه:	LMP date :
-------------------	------------	------------

روش جلوگیری:

تاریخ آخرین زایمان یا سقط:

علائم بیمار:

بارداری یائسگی سقط کورتاژ

درمان:

آنتی‌بیوتیک هورمون درمانی پرتودرمانی جراحی کرایوتراپی

آزمایش سیتولوژی غیرطبیعی قبلی: (نوع ضایعه با ذکر تاریخ).....

یافته‌های فیزیکی بیمار و تشخیص بالینی:

--

فرم درخواست سیتولوژی پاپ اسمیر

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود.

C	شماره سیتولوژی:	شماره آزمایشگاه:	تاریخ:
---	-----------------	------------------	--------

این قسمت توسط بیمار تکمیل شود:

نام بیمار:	سن:	نام پزشک:	ارسالی از:
------------	-----	-----------	------------

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود:

تاریخ نمونه‌گیری:	نوع نمونه:	LMP date :
-------------------	------------	------------

روش جلوگیری:

تاریخ آخرین زایمان یا سقط:

علائم بیمار:

بارداری یائسگی سقط کورتاژ

درمان:

آنتی‌بیوتیک هورمون درمانی پرتودرمانی جراحی کرایوتراپی

آزمایش سیتولوژی غیرطبیعی قبلی: (نوع ضایعه با ذکر تاریخ).....

یافته‌های فیزیکی بیمار و تشخیص بالینی:

--