

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:

Pesel: Data ur.: Nr karty chorobowej:

Adres: Tel.:

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

Data i godzina pobrania materiału

Metoda utrwalenia pobranego materiału

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. adnektomia
- Inne

Inne istotne informacje (wynik: biocenozy, kolposkopii):

*) właściwe podkreślić

Lekarz kierujący (czytelny podpis)