

## 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

#### SHYJKA

- Prawidłowa
- ECU
- Cervicitis
- Polypus
- Ca susp

#### POPZRED. LECZENIE GINEK.

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

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

.....  
.....

\*) właściwe podkreślić

Lekarz kierujący (czytelny podpis)