

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 zluszczeniowej
cienkowarstwowej szyjki macicy na podłożu płynnym**

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

- 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. adnektomia
- Inne

Inne istotne informacje (wynik: biocenozy, kolposkopii):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cytol. na podłożu płynnym (LBC) | <input type="checkbox"/> Chlamydia Tr. |
| <input type="checkbox"/> HR HPV 14 | <input type="checkbox"/> Pakiet poczwórny (Chl. Tr. + Ureaplasma sp.) |
| <input type="checkbox"/> LBC + HR HPV 14 | <input type="checkbox"/> + Mycoplasma g. + Mycoplasma h.) |
| <input type="checkbox"/> LBC + HR HPV 14 + CINtec PLUS | <input type="checkbox"/> CINtec PLUS (p-16/KI-67) |
| <input type="checkbox"/> Neisseria g. | |
| <input type="checkbox"/> HSV typ 1 i typ 2 | |

Lekarz kierujący
(czytelny podpis)

*) właściwe podkreślić

W razie badania genetycznego

czytelny podpis Pacjentki