

Tryb wykonywania badania*

Bardzo pilny

Pilny

Normalny

Numer nadany przez kierującego
zgodny z numerem na szkiełkuPieczętka 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
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 wyrażenia zgody)**Data i godzina pobrania materiału**BADANIE RUTYNOWE DATA O.M.

DZIEŃ	MIESIĄC	ROK		

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):

- Cytol. na podłożu płynnym (LBC) Chłamydia Tr.
 HR HPV 14 Pakiet poczwórny
 LBC + HR HPV 14 (Chl.Tr. + Ureaplasma sp.)
 LBC + HR HPV 14 + CINtec PLUS + Mycoplasma g. + Mycoplasma h.)
 Neisseria g. CINtec PLUS (p-16/Ki-67)
 HSV typ 1 i typ 2

Lekarz kierujący
(czytelny podpis)

*) właściwie podkreślić

W razie badania genetycznego**czytelny podpis Pacjentki**