

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE SZYJKI MACICY

Pieczęć kierującego na badanie	Pieczętka lekarze i ew. telefon kontaktowy

DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data i godzina
pobrania materiału

Data	Godzina
------	---------

Data i godzina
utrwalenia materiału

Data	Godzina
------	---------

Rodzaj utrwalacza
**właściwe zakreślić*

Spray utrwalający	Podłoże płynne
-------------------	----------------

Rodzaj badania:

cytologia ginekologiczna	cytologia LBC SurePath™	pakiet LBC + hr-HPV
-----------------------------	----------------------------	------------------------

Rozpoznanie kliniczne:

--

Data poprzedniego
badania cytologicznego:

Data

Data ostatniej
miesiączki:

Data

Liczba porodów:

--

Wynik ostatniego
testu HPV DNA:

Negatywny	Pozytywny
-----------	-----------

palenie papierosów

IUD

HTZ

Cięża

Laktacja

Menopauza

Ocena makroskopowa
szyjki macicy :

Prawidłowa	Ektopia	Inne
------------	---------	------

Miejsce pobrania:

Tarcza i kanał szyjki macicy

Sklepienie pochwy

Kikut pochwy

Ściana pochwy

Kanał szyjki
