ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР
ЛАБСЕРВІС

Гінекологічна цитологія

Направлення на дослідження

Місце для штрих-коду

Дата: _____

Дані про пацієнта

ПІБ пацієнта

Дата народження

Д Д М М Р Р Р Р

№ телефону

+ 3 8 0

Медичний заклад

Назва закладу

ПІБ/код лікаря

Клінічні дані

Клінічний діагноз _____

Візуально шийка матки:

- ☐ Без змін
- ☐ Виявлено _____

! День циклу: Д Д

Фізіологічний стан:

- ☐ Вагітність Термін _____
- ☐ Після пологів Термін _____
- ☐ Менопауза Термін _____
- ☐ Лактація Термін _____

Застосування контрацептивів:

- ☐ ВМС ☐ Гормональні
- ☐ Гістеректомія в анамнезі
- ☐ ш/м наявна ☐ ш/м видалено
- ☐ Інше _____

Походження матеріалу

☐ Шийка матки ☐ Цервікальний канал ☐ Піхва ☐ Уретра

Дані про наявні результати досліджень у минулому

ПАП-тест Д Д М М Р Р Р Р Результат _____

ВПЛ статус Д Д М М Р Р Р Р Результат _____

Біопсія Д Д М М Р Р Р Р Результат _____

Перелік досліджень

Вид дослідження	Код	Вид дослідження	Код
Класичний ПАП-тест	☐ 1501	Рідинна цитологія ПАП-тест	☐ 1502

Бланк замовлення заповнюється друкованими літерами