



آزمایشگاه پاتوبیولوژی دنیز

فرم پذیرش پاپ اسمیر

pap smear

کد:

تاریخ:

بازنگری:

آزمایشگاه ارسال کننده:

تاریخ پذیرش:

تاریخ ارسال:

نام و نام خانوادگی:

سن:

کد ملی:

شماره تماس:

نام پزشک معالج:

تاریخ نمونه برداری:

- تاریخ اولین روز قاعدگی:
- تعداد بارداری ها:
- تعداد فرزندان:
- سابقه سقط و علت:
- روش جلوگیری: طبیعی قرص ضد بارداری IUD سایر موارد
- وجود ترشحات: خیر بلی
- سابقه مصرف داروهای هورمونی: خیر بلی
- خونریزی نا منظم رحمی: خیر بلی
- یانسگی: خیر بلی

ارسال به مطب

نام پزشک معالج:

حضوری

تهیه و تنظیم

تایید کننده

بازنگری

مسئول فنی