

■ PATSIENDI ANDMEDNimi _____

Isikukood _____

Sugu N M

Diagnoos _____

■ TELLIJANDMEDSaatev asutus _____

Osakond _____

Arst _____

Tel _____

■ Proovimaterjal tupekaabe emakakaelakanalikaabe ureetrakaabe

Võtmise kuupäev _____

Menstr.tsükli: I faas, ovulatsioon, II faas, hormonaalsete prep.kasut.*Proovi võtmisel kehtivad lepingus kokkulepitud tingimused***BAKTERIOSKOOPILINE UURING**Leukotsüüdid: 0 ≤5 5-10 10-25 ≥25

Epiteelrakud: _____ PMN/Epiteeli suhe: _____

Clue rakud: _____ Nugenti kriteerium: _____ BV≥6Erütrotsüüdid: 0 ≤5 5-10 10-25 ≥25Lima: vähe mõõdukalt palju

Gram-pos.mikrofloora: _____

Gram-neg.mikrofloora: _____

Domineerib: _____ mikrofloora.

Seened: _____

Trichomonas vaginalis: _____

Märkused: _____

Analüüsi teostas: _____ Kuupäev: _____