

■ PATSIENDI ANDMED

Nimi

.....

Isikukood

Diagnoos

.....

■ TELLIJA ANDMED

Saatev asutus

.....

Osakond

Arst

Telefon

■ PROOVIMATERJAL

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> vulvalt | <input type="checkbox"/> tupe külgmisest võlvist | <input type="checkbox"/> tupe tagumisest võlvist |
| <input type="checkbox"/> portsioolt | <input type="checkbox"/> tservikaalkanalist | <input type="checkbox"/> emakaõõnest |
| <input type="checkbox"/> CD punktaat | <input type="checkbox"/> ESV | <input type="checkbox"/> kõndilt |
| <input type="checkbox"/> häbememokalt | <input type="checkbox"/> tupelt | |

Fikseeritud

- | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alkoholis | <input type="checkbox"/> muus fiksaatoris | <input type="checkbox"/> fikseerimata |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|

Materjali võtmise kuupäev

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> esmane | <input type="checkbox"/> korduv |
|---------------------------------|---------------------------------|

*NB! Prooviklaas markeeri hariliku pliitsiga patsiendi ees-; perekonnanime ja isikukoodiga.***Günekotsütoloogiline uuring****Eelmise PAP testi tegemise kuupäev**

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> norm | <input type="checkbox"/> atüüpia | <input type="checkbox"/> ei ole teada |
|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|

Saadud ravi

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> õõnesisene kiiritus, aeg |
| <input type="checkbox"/> tsütostaatikumid, aeg |
| <input type="checkbox"/> hormoonid, aeg |
| |
| <input type="checkbox"/> operatsioon, aeg |
| |

Tsükkel..... päeva Viimane menses

Rasedus..... nädalat ESV..... Postmenopaus a.