

**■ 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.