

■ 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

- LBC alkoholis muus fiksaatoris fikseerimata

Materjali võtmise kuupäev

- esmane korduv

NB! Prooviklaas markeeri hariliku pliitsiga patsiendi ees-; perekonnanime ja isikukoodiga.

Günekotsütoloogiline uuring

Eelmise PAP testi tegemise kuupäev

- norm atüüpia ei ole teada

Saadud ravi

õõnesisene kiiritus, aeg

tsütostaatikumid, aeg

hormoonid, aeg

.....

operatsioon, aeg

.....

Tsükkel..... päeva Viimane menses

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