

مشخصات بالینی مراجعه کننده:

خواهشمند است به منظور ارائه خدمات بهتر موارد زیر را با دقت کامل نمایید

نام و نام خانوادگی : کد ملی : تاریخ تولد: / /

شماره تماس :

اطلاعات پزشک و کلینیک

نام مرکز:

نام آدرس مطب :

نام پزشک :

سابقه و علت درخواست:

تاریخ شروع آخرین قاعدگی:.....

تاریخ انجام آزمایش :

نتیجه پاپ اسمیر قبلی :

تاریخ انجام آزمایش :

نتیجه آزمایش HPV قبلی :

سابقه مصرف دارو یا سابقه شیمی درمانی :

علت درخواست آزمایش :

آزمایش های مورد درخواست و اطلاعات نمونه:

شماره پذیرش:..... تاریخ نمونه گیری: / / نوع نمونه:

آزمایش مورد درخواست:

Cytology (LBC, Conventional)

HPV - Aptima

HPV- PCR Full Genotyping

HPV-PCR Screening

Sexually transmitted / Infectious Disease Panel (STD/STI)

مهر و امضاء پزشک :