

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.

تاریخ: .... / .... / ....

شماره:

پیوست:



آزمایشگاه‌های یکپارچه پزشکی

## پرسشنامه

### اطلاعات پاپ اسمیر

نام بیمار: ..... سن بیمار: .....

کد ملی: ..... تاریخ پذیرش: ..... / ..... / .....

شماره پذیرش (در آزمایشگاه مبدا): ..... نام پزشک: .....

روز اول آخرین قاعدگی: ..... تعداد بارداری: .....

تعداد سقط: ..... تعداد فرزند: .....

علائم بالینی: .....

جواب پاپ اسمیر قبلی (در صورت وجود): .....

روش جلوگیری: .....

داروهای مصرفی موضعی: .....

امضاء

تهران، میدان ونک، خیابان برزیل شرقی، خیابان شمس لاهیجانی،  
پلاک ۲۳، مجتمع اداری رویال ونک، طبقه دوم کد پستی: ۱۴۳۵۶۹۴۳۴۲  
تلفکس: ۰۲۱ - ۸۸۶۶۱۴۲۶ | ۰۲۱ - ۸۸۶۶۳۲۱۷

colifelabs.com | info@colifelabs.com | @colife\_labs