|  |
| --- |
| **مشخصات بالینی مراجعه کننده:** |
| خواهشمند است به منظور ارائه خدمات بهتر موارد زیر را با دقت کامل نماییدنام و نام‌خانوادگی : ........................................................کد ملی : ........................................... تاریخ تولد: .......**/** .........**/** .......... شماره تماس : ........................................... |
| **اطلاعات پزشک و کلینیک** |
| آدرس مطب : ....................................................................... | نام مرکز: ........................................................ نام پزشک : ........................................................  |
| **سابقه و علت درخواست:** |
| تاریخ انجام آزمایش :..................................................تاریخ انجام آزمایش :..................................................سابقه مصرف دارو یا سابقه شیمی درمانی :........................................ | تاریخ شروع آخرین قاعدگی:..................................................نتیجه پاپ اسمیر قبلی :.................................................. نتیجه آزمایش HPV قبلی :..................................................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 :. ..................................................  |