|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مشخصات بالینی مراجعه کننده:** | | |
| خواهشمند است به منظور ارائه خدمات بهتر موارد زیر را با دقت کامل نمایید  نام 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 :. .................................................. | | |