

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: ..... آدرس مطب : .....

نام پزشک : .....

سابقه و علت درخواست:

تاریخ شروع آخرین قاعدگی:.....

نتیجه پاپ اسمیر قبلی :..... تاریخ انجام آزمایش :.....

نتیجه آزمایش HPV قبلی :..... تاریخ انجام آزمایش :.....

علت درخواست آزمایش: ..... سابقه مصرف دارو یا سابقه شیمی درمانی :.....

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 : .....