



فرم درخواست سیتوپاتولوژی

شماره آزمایشگاه :	شماره سیتولوژی:	تاریخ پذیرش :/...../.....
تاریخ جوابدهی :/...../.....	تاریخ نمونه برداری :/...../.....	نام و نام خانوادگی :
سن :	نام پدر:	شغل :
محل تولد :	تلفن ثابت :	تلفن همراه :
نام پزشک:	نمونه بردار:	مکان تهیه نمونه :

نمونه: PAP Smear E-Prep Liquid ادرار

تاریخ آخرین زایمان یا سقط : / / تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی: / / روش جلوگیری :

باردار یائسه سقط کورتاژ هورمون درمانی پرتودرمانی جراحی کاربوترپی

سیتولوژی مایع: حجم CC اسلاید عدد

سابقه سیتوپاتولوژی غیر طبیعی : دارد ندارد (جواب ضمیمه گردد)

شرح حال:

علائم بیماری، یافته های فیزیکی، تشخیص بالینی :

.....

.....

.....