



فرم درخواست HPV Genotyping

نام و نام خانوادگی: سن: نام پدر: تاریخ پذیرش: / / نام پزشک:
 تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: کد ملی: وضعیت تاهل: محل تولد:
 تاریخ نمونه گیری: / / تاریخ LMP: تعداد زایمان: تلفن همراه: شماره نظام پزشکی:
 آدرس:

<p>نوع نمونه ارسالی:</p> <p><input type="checkbox"/> زگیل (بافت) :</p> <p><input type="checkbox"/> ترشحات مجاری (آقایان):</p> <p><input type="checkbox"/> SEMEN (آقایان):</p> <p><input type="checkbox"/> : PAP Liquid</p> <p><input type="checkbox"/> : Biopsy service</p>	<p>سابقه بیمار :</p> <p>خونریزی غیر طبیعی :</p> <p>لکه بینی :</p> <p>GENITAL WART</p> <p>سابقه پاپ تست غیر طبیعی و IPV مثبت</p> <p>هیسترکتومی</p> <p>مصرف داروهای ضد بارداری</p> <p>و غیره</p>
<p>توضیحات</p> <p>.....:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

مهر آزمایشگاه ارسال کننده