



Fr-04-073-01

برگه درخواست آزمایش پاپ اسمیر

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	پزشک معالج:
سن:	LMP:	تعداد حاملگی:
تاریخ آخرین زایمان:		

طریقه جلوگیری:

قرص IUD وازکتومی طبیعی جلوگیری ندارم و

شرح حال:

حامله شیرده یانسه هیستروکتومی
 رادیوتراپی شیمی درمانی مصرف قرص هورمون خونریزی غیر طبیعی
 خونریزی پس از تماس ترشحات غیر طبیعی سابقه آزمایش پاپ اسمیر غیر طبیعی سابقه کورتاژ تشخیصی

مشاهدات بالینی:

پولیپ سرویکس پرولاپس ضایعات سفید رنگ وجود زگیل سرویسیت زخم تومور

سابقه زگیل تناسلی:

دارم ندارم همسرم دارد

سابقه تست HPV:

قبلا ندارم دارم نتیجه تست :

پیشنهاد یا ظن بالینی پزشک معالج:

.....