

pieczątka jednostki zlecającej

**SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE**

DATA BADANIA (POBRANIA MATERIAŁU):…………………………….NR PREPARATU:……………….......................….

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI/PACJENTA**:………………………………………………………………………………………………………………………………………

**PESEL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**RODZAJ BADANIA:**  □ szkiełko cytologiczne □ LBC □ HPV □ Test CINTec p16

DANE KLINICZNE:

………………………………………………………………………………………..……………………………….

**OCENA MAKROSKOPOWA SZYJKI MACICY**: □ Bez zmian □ Ektopia

**DATA OM:……………………………………………………………………..**

**CYKLE MIESIĄCZKOWE:**  □ Prawidłowe □ Nieregularne □ Po menopauzie □ HTZ

 □ Ciąża HBD………… □ Po porodzie

**ANTYKONCEPCJA:** □ IUD □ Antykoncepcja hormonalna

**WYMAZ POBRANO Z:** □ Kanału szyjki i tarczy □ Tarczy □ Sklepienia pochwy

podpis i pieczęć Lekarza

zlecającego badanie