

Pieczęć jednostki organizacyjnej

Nr badania jednostki kierującej**Nr SIMP**

Nazwisko

[illegible]

Imię

Data urodzenia rok/miesiąc/dzień

[illegible]**PESEL** (w przypadku braku rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

Płeć

ICD10:

[illegible]

Adres zamieszkania

Rozpoznanie kliniczne

Data ostatniej miesięczki

Data i wynik ostatniego badania cytologicznego.

- ☐ Obecnie w ciąży ☐ Virgo ☐ HTZ ☐ IUD ☐ Antykoncepcja
- ☐ Zbiegi w zakresie narządu rodowego w okresie ostatnich 3 miesięcy

Opis makroskopowy szyjki

- ☐ Brak zmian ☐ Zaczerwienienie ☐ Erytroplakia ☐ Leukoplakia ☐ Torbiel Nabotha ☐ Nadżerka
- ☐ Polip ☐ Pęknięcie ujścia ☐ Krwawienie ☐ Owrzodzenie ☐ Naciek ☐ Stan po amputacji

Istotne dane kliniczne

Stosowane leczenie:

- ☐
- Bez leczenia
- ☐
- Chirurgiczne
- ☐
- Radioterapia
- ☐
- Chemioterapia
- ☐
- Hormonoterapia
- ☐
- Immunoterapia

Data zlecenia

Podpis lekarza/położnej

Protokół pobrania materiału cytologicznego

Data i godzina pobrania:

Data i godzina utrwalenia:

Utrwalacz:

- ☐ Alkohol 95% ☐ Cytofix
- ☐ SurePath

Miejsce pobrania: ☐ Tarcza ☐ Kanał ☐ inne.....

Lekarz/Położna pobierający materiał