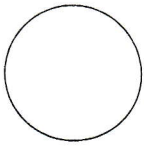




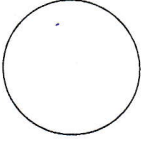
PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

Jméno, Příjmení, Bydliště:					PŠČ:	Poj.:	Číslo pojištění:	
DATUM ODBĚRU:					ZÁKL. DIAG.:			
IUD <input type="checkbox"/> ANO	VLIV GESTAGENŮ <input type="checkbox"/> ANO	HRT <input type="checkbox"/> ANO	LAKTACE <input type="checkbox"/> ANO	GRAV. <input type="checkbox"/> ANO	LOKALIZACE: EKTOCERVIX <input type="checkbox"/> ENDOCERVIX <input type="checkbox"/> VAGINA <input type="checkbox"/> VULVA <input type="checkbox"/> ENDOMETRIUM <input type="checkbox"/>			KOMENTÁŘ GYNEKOLOGA: 
STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO	STAV PO HYSTER. <input type="checkbox"/> ANO	PŘ. GENIT. KOND. <input type="checkbox"/> ANO		INDIKACE CYTOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ				
OČ. PROTI HPV <input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	ROK APL. 3. DÁVKY 20__	TYP VAKCÍNY <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX		1. PRAVIDELNÝ SCREENING. STĚR <input type="checkbox"/>			IČP: ODB:
KOLPO:		PM:		2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>				
AKTINO <input type="checkbox"/> ANO	CHEMO <input type="checkbox"/> ANO	MENOPAUSA:			3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>			
					4. JINÉ <input type="checkbox"/> ↳ UPŘESNĚNÍ:			Razítko odesílajícího lékaře

15614 Duotisk, tel.: 553 770 181



PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

Jméno, Příjmení, Bydliště:					PŠČ:	Poj.:	Číslo pojištění:	
DATUM ODBĚRU:					ZÁKL. DIAG.:			
IUD <input type="checkbox"/> ANO	VLIV GESTAGENŮ <input type="checkbox"/> ANO	HRT <input type="checkbox"/> ANO	LAKTACE <input type="checkbox"/> ANO	GRAV. <input type="checkbox"/> ANO	LOKALIZACE: EKTOCERVIX <input type="checkbox"/> ENDOCERVIX <input type="checkbox"/> VAGINA <input type="checkbox"/> VULVA <input type="checkbox"/> ENDOMETRIUM <input type="checkbox"/>			KOMENTÁŘ GYNEKOLOGA: 
STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO	STAV PO HYSTER. <input type="checkbox"/> ANO	PŘ. GENIT. KOND. <input type="checkbox"/> ANO		INDIKACE CYTOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ				
OČ. PROTI HPV <input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	ROK APL. 3. DÁVKY 20__	TYP VAKCÍNY <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX		1. PRAVIDELNÝ SCREENING. STĚR <input type="checkbox"/>			IČP: ODB:
KOLPO:		PM:		2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>				
AKTINO <input type="checkbox"/> ANO	CHEMO <input type="checkbox"/> ANO	MENOPAUSA:			3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>			
					4. JINÉ <input type="checkbox"/> ↳ UPŘESNĚNÍ:			Razítko odesílajícího lékaře

15614 Duotisk, tel.: 553 770 181