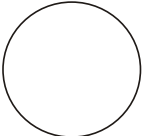
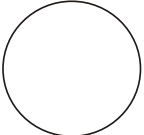


## PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

Jméno, Příjmení, Bydliště:					PSC:					Poj.:					Číslo pojištění:																													
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"/>					ZÁKL. DIAG.:									
STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO					STAV PO HYSTER. <input type="checkbox"/> ANO					PŘ. GENIT. KOND. <input type="checkbox"/> ANO					INDIKACE CYTOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ										KOMENTÁŘ GYNEKOLOGA: 																			
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"/>					2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>										3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>					4. JINÉ <input type="checkbox"/>					IČP:				
KOLPO:										PM:										4. JINÉ ↳ UPŘESNĚNÍ:										Razítko odesílajícího lékaře														
AKTINO <input type="checkbox"/> ANO					CHEMO <input type="checkbox"/> ANO					MENOPAUSA:																																		

15614 Duotisk, tel.: 553 770 181

## PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

Jméno, Příjmení, Bydliště:					PSC:					Poj.:					Číslo pojištění:																													
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"/>					ZÁKL. DIAG.:									
STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO					STAV PO HYSTER. <input type="checkbox"/> ANO					PŘ. GENIT. KOND. <input type="checkbox"/> ANO					INDIKACE CYTOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ										KOMENTÁŘ GYNEKOLOGA: 																			
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"/>					2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>										3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>					4. JINÉ <input type="checkbox"/>					IČP:				
KOLPO:										PM:										4. JINÉ ↳ UPŘESNĚNÍ:										Razítko odesílajícího lékaře														
AKTINO <input type="checkbox"/> ANO					CHEMO <input type="checkbox"/> ANO					MENOPAUSA:																																		

15614 Duotisk, tel.: 553 770 181