

PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Jméno a příjmení: | | | | | PSČ: | | | | | Pojišťovna: | | | | | Číslo pojištění: | | | | | | | | |
| IUD <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | VLIV GESTAGENŮ <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | HRT <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | LAKTACE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | GRAV. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | KLIN. DG.: | | | | | P.M. | | | | | DATUM A ČAS ODBĚRU: | | | | | | | | |
| STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | STAV PO HYSTEREKTOMII <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | 1. PRAVIDELNÝ SCREENING. STĚR <input type="checkbox"/> | | | | | 2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/> | | | | | 3. OPAKOVANÝ STĚR PRO PŘEDCHOZÍ ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/> | | | | | LOKALIZACE: EKTOCERVIX <input type="checkbox"/> ENDOCERVIX <input type="checkbox"/> | | | | |
| PŘÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | | | | PŘEDCHOZÍ CYTOL./HISTOL. NÁLEZ | | | | | VAGINA <input type="checkbox"/> VULVA <input type="checkbox"/> ENDOMETRIUM <input type="checkbox"/> | | | | | IČP: _____ Odbornost: _____ | | | | | | | | |
| OČKOVANÁ PROTI HPV <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | | | | AKTINOTERAPIE <input type="checkbox"/> | | | | | CHEMOTERAPIE <input type="checkbox"/> | | | | | MENOPAUAZA <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| TYP VAKCÍNY <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX | | | | | KOLPOSKOP NÁLEZ | | | | | | | | | | Razítko odesílajícího lékaře | | | | | | | | |
| ROK APLIKACE 3. DÁVKY 20..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VÝSLEDKOVÁ ZPRÁVA

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|
| STĚR 1. Uspokojivý 2. uspokojivý, ale bez endoc. bb. 3. Neuspokojivý, ale zpracován 4. Odmítnut ke zpracování: nízká celularita nadbytek krve zánět | | | Bez neopl. intraep. změn a malignit 20. Trichomonas 21. Candida 22. Bakter. vaginóza 23. Döderlein 24. Koky 25. Aktinomykóza 26. Herpes Simplex 27. Chlamydie 28. Smíšená flóra 99. Jiné | | | ZÁVĚR: 0. Nelze diagnostikovat 1. Bez neopl. intraepit. změn a malignit 2. ASC-US 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) 4. LSIL (včetně HPV) 5. HSIL 6. HSIL-nelze vyloučit invazi 7. Dlaždicobuněčný karcinom 8. Atypie žlázkových buněk (nespecifikováno) 9. Atypie žlázkových buněk (spíše neoplastické) 10. Adenokarcinom in situ 11. Adenokarcinom invazivní 12. Ostatní maligní nádory 99. Jiné | | |
| KOMENTÁŘ LABORATOŘE | | | 40. Reaktivní buněčné změny způsobené zánětem 41. Reaktivní buněčné změny způsobené ozářením 42. Reaktivní buněčné změny způsobené IUD 49. Jiné 50. Nález žlázkových buněk po hysterektomii 51. Atrófie 52. Endometriální buňky u žen nad 40 let 99. Jiný nález | | | | | |
| DOPORUČENÍ | | | HODNOTIL: | | | UVOLNIL: | | |
| DATUM A ČAS PŘÍJMU: | | | | | | | | |

15472 Duotish, tel.: 553 770 181

PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Jméno a příjmení: | | | | | PSČ: | | | | | Pojišťovna: | | | | | Číslo pojištění: | | | | | | | | |
| IUD <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | VLIV GESTAGENŮ <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | HRT <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | LAKTACE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | GRAV. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | KLIN. DG.: | | | | | P.M. | | | | | DATUM A ČAS ODBĚRU: | | | | | | | | |
| STAV PO KONIZACI <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | STAV PO HYSTEREKTOMII <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | 1. PRAVIDELNÝ SCREENING. STĚR <input type="checkbox"/> | | | | | 2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/> | | | | | 3. OPAKOVANÝ STĚR PRO PŘEDCHOZÍ ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/> | | | | | LOKALIZACE: EKTOCERVIX <input type="checkbox"/> ENDOCERVIX <input type="checkbox"/> | | | | |
| PŘÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | | | | PŘEDCHOZÍ CYTOL./HISTOL. NÁLEZ | | | | | VAGINA <input type="checkbox"/> VULVA <input type="checkbox"/> ENDOMETRIUM <input type="checkbox"/> | | | | | IČP: _____ Odbornost: _____ | | | | | | | | |
| OČKOVANÁ PROTI HPV <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | | | | AKTINOTERAPIE <input type="checkbox"/> | | | | | CHEMOTERAPIE <input type="checkbox"/> | | | | | MENOPAUAZA <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| TYP VAKCÍNY <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX | | | | | KOLPOSKOP NÁLEZ | | | | | | | | | | Razítko odesílajícího lékaře | | | | | | | | |
| ROK APLIKACE 3. DÁVKY 20..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VÝSLEDKOVÁ ZPRÁVA

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|
| STĚR 1. Uspokojivý 2. uspokojivý, ale bez endoc. bb. 3. Neuspokojivý, ale zpracován 4. Odmítnut ke zpracování: nízká celularita nadbytek krve zánět | | | Bez neopl. intraep. změn a malignit 20. Trichomonas 21. Candida 22. Bakter. vaginóza 23. Döderlein 24. Koky 25. Aktinomykóza 26. Herpes Simplex 27. Chlamydie 28. Smíšená flóra 99. Jiné | | | ZÁVĚR: 0. Nelze diagnostikovat 1. Bez neopl. intraepit. změn a malignit 2. ASC-US 3. ASC-H (nelze vyloučit HSIL) 4. LSIL (včetně HPV) 5. HSIL 6. HSIL-nelze vyloučit invazi 7. Dlaždicobuněčný karcinom 8. Atypie žlázkových buněk (nespecifikováno) 9. Atypie žlázkových buněk (spíše neoplastické) 10. Adenokarcinom in situ 11. Adenokarcinom invazivní 12. Ostatní maligní nádory 99. Jiné | | |
| KOMENTÁŘ LABORATOŘE | | | 40. Reaktivní buněčné změny způsobené zánětem 41. Reaktivní buněčné změny způsobené ozářením 42. Reaktivní buněčné změny způsobené IUD 49. Jiné 50. Nález žlázkových buněk po hysterektomii 51. Atrófie 52. Endometriální buňky u žen nad 40 let 99. Jiný nález | | | | | |
| DOPORUČENÍ | | | HODNOTIL: | | | UVOLNIL: | | |
| DATUM A ČAS PŘÍJMU: | | | | | | | | |

15472 Duotish, tel.: 553 770 181