




PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

Jméno, Příjmení, Bydliště:					PSC:					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:									
KOLPO:					PM:					2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>					ODB:				
3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>					4. JINÉ <input type="checkbox"/>					Razítko odesílajícího lékaře									
AKTINO <input type="checkbox"/> ANO					CHEMO <input type="checkbox"/> ANO										MENOPAUSA:				
UPŘESNĚNÍ:																			