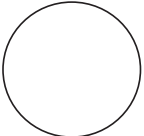


## PRŮVODNÍ LIST K CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGII

Jméno, Příjmení, Bydliště:					PSC:					Poj.:					Číslo pojištěnce:					
										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		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"/>										
3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>					4. JINÉ <input type="checkbox"/>					UPŘESNĚNÍ:										
AKTINO <input type="checkbox"/> ANO		CHEMO <input type="checkbox"/> ANO		MENOPAUSA:										Razítko odesílajícího lékaře						