



s.r.o.

Patomorfologická laboratoř

Holáská 56, Opava, tel.: 553 653 971
vedoucí lékař: +420 739 080 843
e-mail: lab.provaznicka@seznam.cz
www.patomorfologicka.cz

Držitel „Osvědčení o splnění podmínek Auditů II NASKL“

ŽÁDANKA/PRŮVODKA NA VYHODNOCENÍ CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGIE

Identifikační číslo vzorku:

PŘÍJMENÍ A JMÉNO					MUŽ <input type="checkbox"/>	ŽENA <input type="checkbox"/>	PŠČ	<input type="checkbox"/> POJIŠTOVNA	<input type="checkbox"/> SAMOPLÁTCE	RČ
IUD	VLIV GESTAGENŮ *)	HRT	LAKTACE	GRAV	Komentář gynekologa:					Zákl. diag.:
ANO <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kolpo:					Jiná diag.:
STAV PO KONIZACI				ANO <input type="checkbox"/>						NE <input type="checkbox"/>
STAV PO ACTINO, CHEMO				ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Datum odběru:				
STAV PO HYSTEREKTOMII				ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>					
PŘÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT				ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Rok aplikace 3. dávky 20__				
OČKOVÁNA PROTI HPV				ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>					

*) čistě gestagení AK, IUD s gestagenem