

Patomorfolog

WEB

Skierowanie na badanie cytologii ginekologicznej

Uwaga! Pole wymagane oznaczono gwiazdką!

Dane pacjentki

Nazwisko *	Imię *	PESEL *	Numer pacjentki / preparatu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres	Kod pocztowy	Miejscowość	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data urodzenia rrr-mm-dd*	Data pobrania rrr-mm-dd*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dzisiaj	
		<input type="checkbox"/> Program NFZ	Nr SIMP <input type="text"/>

Rozpoznanie kliniczne

Ocena makroskopowa szyjki macicy:	bez zmian <input type="checkbox"/>	Ektopia <input type="checkbox"/>			
Rozpoznanie kliniczne / inne zmiany	<input type="text"/>				
Cykle miesięczne:*	prawidłowe <input type="radio"/>	nieregularne <input type="radio"/>	po menopauzie <input type="radio"/>	HTZ <input type="radio"/>	Data ostatniej miesiączki <input type="text"/>
Ciężama <input type="checkbox"/>	HBD <input type="text"/>	po porodzie <input type="checkbox"/>			
Antykoncepcja:	IUD <input type="checkbox"/>	Antykoncepcja hormonalna <input type="checkbox"/>			
Obecność HPV <input type="checkbox"/>	typ: <input type="text"/>				
Wcześniej nieprawidłowy rozmaz <input type="checkbox"/>	Kiedy? <input type="text"/>	Wcześniejsze rozpoznanie <input type="text"/>	Pracownia <input type="text"/>		
Wymaz pobrano z:*	Kanału szyjki i tarczy części pochwowej <input type="radio"/>	tarczy części pochwowej <input type="radio"/>	sklepienia pochwy <input type="radio"/>		
Wymaz pobrano na:*	Szkiełko mikroskopowe <input type="radio"/>	Podłoże płynne (LBC):	SurePath <input type="radio"/>	LiquiFix <input type="radio"/>	ThinPrep <input type="radio"/>
ICD-10 <input type="text"/>	pTNM <input type="text"/>				

Zlecam wykonanie dodatkowych testów

<input type="checkbox"/> cytoHPVtest-Genotype	<input type="checkbox"/> cytoHPVtest-mRNA	<input type="checkbox"/> cytoHPVtest-HR	<input type="checkbox"/> cytoHPVtest-HR z opcją genotypowania	
<input type="checkbox"/> Chlamydia-Neisseria	<input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureoplasma	<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis	<input type="checkbox"/> HSV (1&2)	<input type="checkbox"/> Candida sp.
<input type="checkbox"/> Panel I: cytologia LBC + HPV-HR + CT/NG + Tv + HSV + Myco/Ureaplasma				
<input type="checkbox"/> Panel II: cytologia LBC + HPV-Genotype + CT/NG + Tv + HSV + Myco/Ureaplasma				
<input type="checkbox"/> Panel III: cytologia LBC + HPV-mRNA + CT/NG + Tv + HSV + Myco/Ureaplasma				

Zleceniodawca

Lekarz zlecający badanie*	<input type="text"/>
- wybierz lekarza zlecającego	<input type="text"/>
ZOZ zlecający badanie*	<input type="text"/>
- wybierz ZOZ zlecający badanie	<input type="text"/>
Oddział zlecający badanie	<input type="text"/>
- wybierz oddział zlecający badanie (pole nieobowiązkowe)	<input type="text"/>

