



HPV genotyping & Pap Smear

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: سن: تاریخ LMP :
کد ملی: نام پدر: آزمایشگاه ارسال کننده:
وضعیت تاهل: شماره تماس : نام پزشک : نوع نمونه :
آدرس :

نوع تست درخواستی:

- Full Genotyping (High Risk+Low Risk)
- High Genotyping (High Risk)
-

سابقه بیمار :

- سابقه پاپ اسمیر غیر طبیعی : دارم ندارم
- سابقه داشتن زگیل تناسلی : دارم ندارم
- سابقه داشتن زگیل تناسلی شریک جنسی : دارد ندارد
- سابقه درمان زگیل تناسلی : دارم ندارم

• سابقه انجام تست (HPV) و تاریخ انجام :

توضیحات :

تمامی موارد بالا مورد تایید اینجانب میباشد . امضا و اثر انگشت بیمار

مشاهدات غیر طبیعی نمونه گیر :

*در صورت امکان کپی جوابهای قبلی ضمیمه گردد

آزمایشگاه ارسال کننده