



شبکه آزمایشگاهی رصد

فرم درخواست سیتولوژی

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود:	
شماره سیتولوژی:	شماره آزمایشگاه:
تاریخ:	تاریخ:
این قسمت توسط بیمار تکمیل شود:	
نام بیمار:	سن:
نام پزشک:	ارسالی از:
این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود:	
تاریخ نمونه گیری:	نوع نمونه:
LMP Date:	LMP Date:
روش جلوگیری:	تاریخ آخرین زایمان یا سقط:
علائم بیمار:	
<input type="checkbox"/> بارداری	<input type="checkbox"/> یائسگی
<input type="checkbox"/> سقط	<input type="checkbox"/> کورتاژ
درمان:	
<input type="checkbox"/> آنتی بیوتیک	<input type="checkbox"/> هورمون درمانی
<input type="checkbox"/> پرتودرمانی	<input type="checkbox"/> جراحی
<input type="checkbox"/> کرایوتراپی	
آزمایش سیتولوژی غیر طبیعی قبلی: (نوع ضایعه با ذکر تاریخ)	
یافته های فیزیکی بیمار و تشخیص بالینی:	
شبکه آزمایشگاهی رصد	
تاریخ جواب:	پذیرش کننده:

دستور العمل ثبت سیتولوژی:

- کادر اول در آزمایشگاه تکمیل میشود، لطفا در این قسمت چیزی ننویسید.
- در کادر دوم نام، سن و نام پزشک بیمار خوانا نوشته شود.
- ارسالی از آزمایشگاه: نام آزمایشگاه خود به همراه شهر ذکر شود.
- تاریخ نمونه گیری، نوع نمونه و تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) ذکر شود.
- روش جلوگیری بیمار مشخص شود.
- تاریخ آخرین زایمان یا سقط نوشته شود.
- علائم بالینی که بیمار به خاطر آن به پزشک مراجعه کرده شرح داده شود.
- تعداد بارداری، سقط، کورتاژ در محل مشخص شده قید شود. در صورت یائسه بودن بیمار، آن را نیز ذکر کنید.
- اگر بیمار تحت درمان است، شرح روش درمان و داروهای مصرفی بیمار ثبت شود. (آنتی بیوتیک، هورمون درمانی، پرتو درمانی و ...)
- اگر قبلاً آزمایش سیتولوژی انجام داده و نتیجه آن غیر طبیعی گزارش شده، نوع ضایعه و تاریخ انجام آزمایش را شرح دهید.
- در قسمت یافته های فیزیکی بیمار و تشخیص بالینی، تشخیص احتمالی پزشک ذکر شود.
- در کادر انتهایی پرسشنامه لطفا چیزی ننویسید. این قسمت در آزمایشگاه تکمیل می گردد.

شبکه آزمایشگاهی رصد