



شبکه آزمایشگاهی رصد

<b>ID Number:</b> <b>Date:</b>	فرم اخذ شرح حال برای نمونه های پاپ اسمیر
سن بیمار:	نام و نام خانوادگی بیمار:
نام پزشک:	نام پدر:
تعداد سقط:	تعداد زایمان:
نام پزشک:	آخرین زایمان:
تاریخ شروع آخرین قاعدگی (LMP):	
تاریخ یائسگی:	
تاریخ آخرین پاپ اسمیر:	
در صورت غیر طبیعی بودن نتیجه گزارش قید شود:	
روش جلوگیری از بارداری:	
سابقه جراحی:	
سابقه مصرف دارو (مخصوصا داروهای هورمونی):	
سابقه شیمی درمانی یا رادیو تراپی:	
تاریخ نمونه گیری توسط پزشک:	