



הפניה לביצוע בדיקת PAP / HPV

עמוד 1 מתוך 1

גרסה מס': 01

טופס מס': F-SOP-062-01

הפניה לביצוע בדיקת PAP / HPV

פאפ- דק HPV

שם פרטי	שם משפחה	תאריך
תאריך לידה ___ / ___ / ___	תאריך וסת אחרון	מספר ת"ז של החולה
טלפון	כתובת:	
כתובת וטלפון של המרפאה הפרטית		רופא נשים מטפל
את התשובה נא להעביר לדוא"ל		
SPECIMEN TYPE: 1. CERVICAL 2. VAGINAL VAULT 3. VAGINAL 4. VULVAR		
תלונה ומידע גניקולוגי		
1. None 2. Vaginal Discharge 3. Post Coital Bleeding	4. Intermenstrual Bleeding 5. Post TAH 6. Post S/TAH 7. Prolapse	8. Postmenopausal 9. Postmenopausal Bleeding 10. Hormone Replac. Therapy
מניעה		
1. No Contraception 2. Oral Contraceptive 3. I.U.D	4. Barrier 5. Pregnant 6. Post Tubal. S/Vasect.	7. Injectable Contraceptive 8. Post Natal
מראה: צוואר, וגינה או וולוה		
1. Normal 2. Infected	3. Ectropion 4. Polyps	5. Susp. Malignancy 6. Other
PHYSICIAN'S REMARKS POST: 1. CIN 2. HPV 3. Conization 4. Coagulation 5. Cryotherapy 6. Pelvic Radiation 7. Pelvic Cancer 8. Breast cancer		

יש לצרף צילום תעודה מזהה (ת"ז, דרכון, רישיון נהיגה וכדומה)



מעבדת LEM - מעבדה לפתולוגיה וגילוי מוקדם