Vypĺňať paličkovým písmom tmavým perom.

medicyt

na **cytologické** vyšetrenie - **Bethesda / PAP**

# ŽIADANKA C0005

Miesto na nalepenie čiarového kódu.

Člen MEDIREX GROUP
všetko pre vaše zdravie

Údaje o pacientovi

Rodné číslo, resp. číslo poistenca

Meno

Priezvisko

Bydlisko

U cudzincov Kód krajiny EU

Identif. číslo pacienta

Kód dg.

Kód poisťovne pacienta

Dátum odberu

d d . m m . r r

Kód poskytovateľa

Kód odosielajúceho lekára

Tel.

Pečiatka lekára:

Dátum PM

d d . m m . r r

Počet pôrodov: + *

d d . m m . r r

Počet potratov: + *

d d . m m . r r

Počet UPT: + *

d d . m m . r r

☐ IUD ☐ HATK ☐ HRT ☐ GRAV ☐ Laktácia

| Miesto odberu | Spôsob odberu | Označenie skiel |
|---|---|---|
| ☐ EXOCERVIX | ☐ Spatula ☐ Brush | |
| ☐ ENDOCERVIX | ☐ Spatula ☐ Brush | |
| ☐ | ☐ ☐ | |

ANAMNÉZA/ KLINIKA (spekulum, kolposkopia, cytológia/biopsia, konizácia, D&C, EDK, HYE, pôrody)

Poznámka:

Predchádzajúce vyšetrenia:

Očkovanie proti HPV: ☐ áno ☐ nie

Rok aplikácie 3. dávky:

Typ vakcíny:

* Do 3 mesiacov pred odberom.

**Medicyt, s.r.o.**, člen **MEDIREX** GROUP
Cytologické a bioptické laboratórium ■ Galvaniho 17/C ■ 821 04 Bratislava
tel.: 0850 00 30 90, 02/208 29 700
laboratorium@medicyt.sk ■ www.medicyt.sk ■ www.medirexgroup.sk
©Medirex, a.s.

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification