

آزمایشگاه تشخیص طبی شیلا

پرسشنامه HPV

نام و نام خانوادگی:	سن:	کد ملی:
شماره تماس:	نام پزشک معالج:	تاریخ نمونه برداری:
آزمایشگاه ارسال کننده:	وضعیت تاهل: متاهل ☐ مجرد: ☐	

مراجعین محترم تکمیل این فرم اختیاری است اما به روند تشخیص بیماری کمک خواهد کرد.
اطلاعات این برگه کاملاً محرمانه نگهداری خواهد شد.

۱. در ناحیه تناسلی دارای کدام مورد هستید؟

زگیل ☐ تب خال ☐ زخم ☐ فقط التهاب ☐ هیچکدام ☐

۲. علت مراجعه برای تست HPV ؟

☐ چکاپ ☐ دارای مشکل در ناحیه تناسلی می‌باشم.

۳. تا کنون سابقه HPV (زگیل تناسلی) داشته‌اید؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورت داشتن HPV (زگیل تناسلی) نوع ویروس و تاریخ آن را ذکر کنید.

۴. آیا از اطرافیان شما دارای HPV (زگیل تناسلی) بوده‌اند؟

☐ خیر ☐ قبلاً بله ☐ در حال حاضر بله

تائید و امضاء

نحوه دریافت جواب:

ارسال به مطب

حضور