

کد		فرم		آزمایشگاه تشخیص پزشکی شیلا	
تاریخ تدوین:		پذیرش پاپ اسمیر			
بازنگری:					
آزمایشگاه ارسال کننده :					
تاریخ پذیرش:					
تاریخ ارسال:					
نام و نام خانوادگی : سن: کد ملی:					
شماره تماس : نام پزشک معالج: تاریخ نمونه برداری:					
تاریخ اولین روز قاعدگی : خونریزی نا منظم رحمی : بلی: ☐ خیر: ☐					
تعداد بارداری ها: وجود ترشحات: بلی: ☐ خیر: ☐					
تعداد فرزندان : سابقه مصرف داروهای هورمونی: بلی: ☐ خیر: ☐					
سابقه سقط و علل: یائسگی: بلی: ☐ خیر: ☐					
روش جلوگیری : طبیعی : ☐ IUD: ☐ قرص ضد بارداری : ☐ سایر موارد: ☐					
ارسال به مطب : ☐ نام پزشک معالج :					
حضور: ☐					
تهیه و تنظیم:		تایید کننده:		بازنگری:	
مسئول فنی:					