

آزمایشگاه پاتوبیولوژی پیشگامان

Pishgaman Pathobiology Lab



آزمایشگاه پاتوبیولوژی پیشگامان

فرم درخواست تست پاپ اسمیر و HPV (زگیل تناسلی)

شماره پذیرش: تاریخ تکمیل فرم: / / تاریخ نمونه گیری: / /
نام و نام خانوادگی: سن: شماره تلفن همراه: نام پدر: وضعیت تاهل: کد ملی: نام پزشک:

شرح حال (بانوان) نمونه پاپ اسمیر و زگیل تناسلی

علت انجام تست: زائده پوستی ☐ غربالگری ☐ پاپ اسمیر غیر طبیعی ☐ درمان پس از CIN ☐ سایر ☐

تاریخ شروع پرئود: دفعات زایمان: دفعات بارداری: تعداد سقط: سابقه زگیل تناسلی ☐ بلی ☐ خیر ☐
در صورت ابتلا به زگیل تناسلی (HPV) به سوالات ذیل پاسخ دهید:
• در صورت انجام تست HPV نتیجه و تاریخ انجام آن را ذکر کنید:
• اقدامات درمانی انجام شده:
• داروی مصرفی و مدت زمان مصرف دارو:
- ابتلای شریک جنسی به زگیل تناسلی ☐ بلی ☐ خیر ☐
- سابقه ابتلا به بیماری های HCV ☐ HBV ☐ HIV ☐
- سابقه عفونت های جنسی ☐ بلی ☐ خیر ☐ - خونریزی نامنظم ☐ بلی ☐ خیر ☐ - درد در ناحیه لگن ☐ بلی ☐ خیر ☐
- لکه بینی بعد از نزدیکی ☐ بلی ☐ خیر ☐ - درد بعد از نزدیکی ☐ بلی ☐ خیر ☐ - سوزش و خارش آلت تناسلی ☐ بلی ☐ خیر ☐

شرح حال (آقایان) نمونه زگیل تناسلی

علت انجام تست: زائده پوستی ☐ سایر ☐

سابقه زگیل تناسلی ☐ بلی ☐ خیر ☐
در صورت ابتلا به زگیل تناسلی (HPV) به سوالات ذیل پاسخ دهید:
• اقدامات درمانی انجام شده:
• داروی مصرفی و مدت زمان مصرف دارو:
- ابتلای شریک جنسی به زگیل تناسلی ☐ بلی ☐ خیر ☐
- سابقه ابتلا به بیماری های HCV ☐ HBV ☐ HIV ☐

روش پیشگیری از بارداری

کاندوم ☐ دارو ☐ جراحی ☐ طبیعی ☐ IUD ☐ سایر ☐