

HPV genotyping فرم درخواست تست

مشخصات بالینی مراجعه کننده

نام و نام خانوادگی:

شماره پذیرش:

تاریخ پذیرش:

سابقه

1. آیا بیمار تاکنون مبتلا به HPV (زگیل تناسلی) بوده است؟
2. در صورت متاهل بودن آیا همسر وی به HPV مبتلا است؟
3. آخرین زمان تست HPV (زگیل تناسلی) و نتیجه جواب ذکر شود.
4. آخرین زمان تست پاپ اسمیر و نتیجه جواب ذکر شود.

توضیحات :