


טופס בקשה לבדיקה ציטולוגית:

PAP

HPV

PAP+HPV

אימייל:

מס' טלפון:

ת.ז./דרכון:

תאריך הפניה:

תאריך וסט אחרון:

תאריך לידה:

שם המטופל/ת:

סיבת הבדיקה:

- נגע צווארי הנראה לעין
- מנופאזה
- דימום לאחר הבלות
- דימום לאחר מגע
- שיגרה

סובלת ממחלות:

- סוכרת
- יתר לחץ דם
- סרטן

טיפולים ותרופות:

- גרידה/ביופסיה
- כריתת רחם
- אחר/תרופות

אמצעי מניעה:

- טבעי/גלולות
- התקן תוך רחמי
- קונדום/דיאפרגמה

מקור המשטח:

משטח צווארי

שם הרופא המפנה (המרפאה):
הערות:
Interpretation/Results:

- ☐ NILM
☐ Trichomonas vaginalis ☐ Candida ☐ Shift in flora/bact. vaginosis
☐ Actinomyces ☐ Herpes simplex
☐ Reactive changes: ☐ due inflammation ☐ due radiation ☐ due IUD
☐ Glandular cells S/P hysterectomy ☐ Atrophy
☐ ASC-US ☐ ASC-H
☐ LSIL ☐ HPV ☐ mild dysplasia ☐ CIN 1
☐ HSIL ☐ Mod.and sev.dysplasia ☐ CIS ☐ CIN 2 ☐ CIN 3
☐ HSIL with features susp. for invasion ☐ SCC
☐ Atypical cells: ☐ endocervical ☐ endometrial ☐ glandular
☐ Atp. endocerv. cells, favor neoplastic
☐ Atp. glandular cells, favor neoplastic
☐ Adenocarcinoma: ☐ In situ ☐ Endocervical ☐ Endometrial ☐ Extrauterine ☐ NOS

Recommendations:

- ☐ Repeat smear after local treatment ☐ Anti-inflammatory ☐ Estrogenic
☐ Repeat smear after ☐ months
☐ Colposcopy ☐ Biopsy ☐ ECC

רופא/ה בודק/ת:
