

# ŽÁDANKA NA VYHODNOCENÍ CERVIKO-VAGINÁLNÍ CYTOLOGIE

VYŠETŘOVACÍ ČÍSLO:

Jméno, Příjmení, Bydliště:					Psč:		Poj:		ČP:				
POHLAVÍ: ŽENA					DATUM ODBĚRU:			KOMENTÁŘ GYNEKOLOGA:					
					ČAS:								
IUD <input type="checkbox"/> ANO	VLIV GESTAGENŮ <input type="checkbox"/> ANO	HRT <input type="checkbox"/> ANO	LAKTACE <input type="checkbox"/> ANO	GRAV. <input type="checkbox"/> ANO	ZÁKL. DG:		KOLPO:						
STAV PO KONIZACI					<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	CERVIX <input type="checkbox"/> VAGINA <input type="checkbox"/> VULVA <input type="checkbox"/> END. <input type="checkbox"/>					IČP:	ODB:
STAV PO HYSTEREKTOMII					<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	1. PRAVIDELNÝ SCREENING STĚR <input type="checkbox"/>					Razítko odesílajícího lékaře	
PŘÍTOMNOST GENIT. KONDYLOMAT					<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	2. OPAKOVANÝ KONTROLNÍ STĚR <input type="checkbox"/>						
					<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	3. OPAKOVANÝ PRO ODMÍTNUTÍ <input type="checkbox"/>						
OČKOVÁNA PROTI HPV					<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	ROK APLIKACE 3. DÁVKY 20 __ __			TYP VAKCÍNY: <input type="checkbox"/> GARDASIL <input type="checkbox"/> SILGARD <input type="checkbox"/> CERVARIX			