



ФИО пациента _____

Телефон или e-mail _____

ФИО врача _____

Дата рождения: _____

День цикла: _____

Срок беременности (недели): _____

Дата взятия: _____

Номер медицинской карты: _____

Пол: М Ж

3.9

Штрих-код _____

Принимаемые препараты _____ Наименование мед. организации _____

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Биоматериал: предметное стекло с матовым окошком (ПСМО)

- ПСМО 12.00.001 - Цитологическое исследование отделяемого влагалища
- ПСМО 12.00.002 - Цитологическое исследование соскоба с шейки матки
- ПСМО 12.00.003 - Цитологическое исследование соскоба из цервикального канала
- ПСМО 12.00.004 - Цитологическое исследование смешанного соскоба с шейки матки и из цервикального канала
- ПСМО 12.00.012 - Цитологическое исследование эндоскопического материала

Биоматериал: предметное стекло с матовым окошком (ПСМО) или стерильный контейнер (СК)

- ПСМО/СК 12.00.005 - Цитологическое исследование аспирата из полости матки
- ПСМО/СК 12.00.006 - Цитологическое исследование мокроты
- ПСМО/СК 12.00.007 - Цитологическое исследование плевральной жидкости
- ПСМО/СК 12.00.008 - Цитологическое исследование перикардиальной жидкости
- ПСМО/СК 12.00.009 - Цитологическое исследование пунктатов молочной железы

Биоматериал: предметное стекло с матовым окошком (ПСМО) или стерильный контейнер (СК)

- ПСМО/СК 12.00.010 - Цитологическое исследование пунктатов щитовидной железы
- ПСМО/СК 12.00.011 - Цитологическое исследование пунктатов других органов и тканей (указать локализацию) _____
- ПСМО/СК 12.00.013 - Цитологическое исследование материала, полученного при хирургических вмешательствах
- ПСМО/СК 12.00.014 - Цитологическое исследование соскобов и отпечатков кожи, ВМС, эрозий, ран, осадка мочи, свищей, отделяемого (нужное подчеркнуть)
- ПСМО/СК 12.00.015 - Цитологическое исследование соскобов и отпечатков опухолей и опухолевидных образований (нужное подчеркнуть)
- ПСМО/СК 12.00.016 - Цитологическое исследование эндоскопического материала на Helicobacter pylori
- ПСМО/СК 12.00.021 - Цитологическое исследование отделяемого молочной железы

ЖИДКОСТНАЯ ЦИТОЛОГИЯ

Отметьте соответствующий биоматериал:

- ПСМО аспират из полости матки (кроме 12.01.002)
- ПСМО смешанный соскоб
- ПСМО 12.01.007 - Жидкостная цитология смешанного соскоба шейки матки и цервикального канала с окраской по Папаниколау
- ПСМО 12.01.001 - Жидкостная цитология BD ShurePath с автоматизированной системой просмотра цитологических препаратов BD Focal Point GS
- ПСМО 12.01.002 - Жидкостная цитология BD ShurePath с автоматизированной системой просмотра цитологических препаратов BD FocalPoint GS: определение онкомаркера p16ink4a

- ПСМО смешанный соскоб
- ПСМО 12.01.004 - Скрининг рака шейки матки (жидкостная цитология с выявлением, генотипированием и количественным определением ДНК ВПЧ [вируса папилломы человека, HPV, Human Papillomavirus] высокого и низкого канцерогенного риска, 16 типов [6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68])
- ПСМО 12.01.005 - Жидкостная цитология BD Shure Path с автоматизированной системой просмотра цитологических препаратов BD FocalPoint GS: иммуноцитохимическое исследование коэкспрессии онкобелков p16ink4a/ki67
- ПСМО 12.01.006 - Жидкостная цитология BD ShurePath негинекологических локализаций (тонкоигольные аспираты)

Внимание! Необходимо заполнить направление

ПСМО - предметное стекло с матовым окошком ПСМО/СК - контейнер для жидкостной цитологии ПСМО/СК - контейнер для жидкостной цитологии СК - стерильный контейнер

НАПРАВЛЕНИЕ

Внимание! На каждое исследование направляется отдельное, маркированное штрих-кодом стекло с матовым окошком с указанием локуса.

КОЛИЧЕСТВО СТЕКОЛ: _____

Диагноз (при направлении на цитологическое исследование): _____

Клинико-anamnestические данные: _____

Данные инструментальных исследований: _____

Проводимое лечение: _____

Внимание! При направлении ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА обязательно заполняется:

Дата последней менструации: _____ Продолжительность цикла: _____

Менопауза: _____ лет Регулярность цикла: _____ Беременность: _____

Принимаемые контрацептивы: _____

Внимание! При направлении ПУНКТАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ обязательно заполняется:

Объем щ.ж.: _____ Локализация узла: левая доля, правая доля, перешеек (подчеркнуть)

Размер узла: _____ Тип кровотока: _____ Наличие капсулы: _____

Внимание! При направлении ПУНКТАТА ЛИМФОУЗЛА дополнительно необходимо назначение общего анализа крови

_____/_____/_____ _____/_____ _____
 Дата взятия биоматериала Подпись ФИО врача (акушера), направляющего биоматериал

Контактный телефон врача (акушера), направляющего биоматериал _____

РЕЗУЛЬТАТ

1. Качество препарата: адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный (нужное подчеркнуть)

2. Цитограмма (нужное отметить):

2.1. Без особенностей (для репродуктивного возраста), описание: _____

2.2. С возрастными изменениями слизистой оболочки: атрофический тип мазка, эстрогенный тип мазка (нужное подчеркнуть)

3. Цитограмма (описание): _____

Цитограмма соответствует (нужное отметить):

3.1. Прролиферации (гиперплазии) железистого эпителия

3.2. Гиперкератозу плоского эпителия

3.3. Воспалительному процессу слизистой оболочки (вагинит, экзоцервицит, эндоцервит)

уточнить:

степень выраженности _____

этиологический фактор _____

3.4. Бактериальному вагинозу

3.5. Атрофическому кольпиту

3.6. Нерезко выраженным изменениям клеток плоского эпителия: легкой дисплазии; изменениям, характерным для папилломавирусной инфекции (нужное отметить)

3.7. Выраженным изменениям клеток плоского эпителий (уточнить): умеренной дисплазии; тяжелой дисплазии

3.8. Раку (уточнить форму) _____

4. Другие типы цитологических заключений: _____

5. Дополнительные уточнения: _____

____ / ____ / ____
Дата взятия биоматериала

Подпись

ФИО врача (мед.технолога), проводившего исследование

Внимание! Возможно увеличение сроков выполнения исследований при поступлении материала в лабораторию в пятницу и в выходные дни.

