



Fields for patient name (ФИО пациента), telephone or e-mail (Телефон или e-mail), and doctor name (ФИО врача)

Fields for date of birth (Дата рождения), day of cycle (День цикла), gestation period (Срок беременности), date of collection (Дата взятия), and medical card number (Номер медицинской карты)

Sex selection fields (Пол: М Ж)

3.8

Barcode field (Штрих-код)

Acceptable medications (Принимаемые препараты) and name of medical organization (Наименование мед. организации)

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Биоматериал: предметное стекло с матовым окошком (ПСМО)

Table with 2 columns: checkbox and code. Rows include 12.00.001-12.00.012 for various cytology studies.

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

Table with 2 columns: checkbox and code. Rows include 12.00.010-12.00.021 for various cytology studies.

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

Table with 2 columns: checkbox and code. Rows include 12.00.005-12.00.009 for various cytology studies.

ЖИДКОСТНАЯ ЦИТОЛОГИЯ

Отметьте соответствующий биоматериал:

Table with 2 columns: checkbox and code. Rows include aspirate from uterus (аспират из полости матки) and mixed smear (смешанный соскоб).

Table with 2 columns: checkbox and code. Row includes mixed smear (смешанный соскоб).

Table with 2 columns: checkbox and code. Rows include 12.01.007 and 12.01.001-12.01.002 for liquid cytology studies.

Table with 2 columns: checkbox and code. Rows include 12.01.004, 12.01.005, and 12.01.006 for liquid cytology studies.

Внимание! Необходимо заполнить направление

Legend for biomaterial types: ПСМО (matte glass), КМЦ (liquid cytology container), КМЦЛ (liquid cytology container), СК (sterile container)

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-anamnestic data (Клинико-анамнестические данные): _____

Data from instrumental studies (Данные инструментальных исследований): _____

Conductible treatment (Проводимое лечение): _____

Внимание! При направлении ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА обязательно заполняется:

Date of last menstruation (Дата последней менструации): _____ Duration of cycle (Продолжительность цикла): _____

Menopause (Менопауза): _____ лет Regularity of cycle (Регулярность цикла): _____ Pregnancy (Беременность): _____

Accepted contraceptives (Принимаемые контрацептивы): _____

Внимание! При направлении ПУНКТАТА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ обязательно заполняется:

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

Size of nodule (Размер узла): _____ Type of blood flow (Тип кровотока): _____ Presence of capsule (Наличие капсулы): _____

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

Date of biomaterial collection (Дата взятия биоматериала) / Signature (Подпись) / Doctor name (ФИО врача (акушера), направляющего биоматериал)

Contact telephone of doctor (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.

