



پرسشنامه آزمایش HPV Genotyping

مشخصات بیمار :

نام : ☐ متاهل ☐ مجرد : نام خانوادگی :
سن : تعداد زایمان : تاریخ آخرین زایمان :
شغل : نام پزشک : شماره تماس :

سابقه بیماری :

☐ خیر	☐ خونریزی غیر طبیعی = بله
☐ خیر	☐ لکه بینی = بله
☐ خیر	☐ سابقه بارداری ناموفق = بله
☐ خیر	☐ پاپ اسمیر غیر طبیعی = بله
☐ خیر	☐ عمل جراحی رحم = بله

تاریخ نمونه برداری :

آدرس :

توضیحات :

امضای بیمار :