

НАПРАВЛЕНИЕ

на (прижизненный) цитологический скрининг заболеваний шейки матки
методом жидкостной цитологии

"...." _____ 20..... г.
(дата взятия материала)

Наименование лечебного учреждения _____

Отделение _____

Карта стационарного больного (амбулаторная карта) N _____

Паспорт (серия, номер, кем, когда выдан) _____

Адрес регистрации по месту жительства _____

Номер страхового полиса и наименование СМО _____

СНИЛС _____

Житель: 1-город, 2-село

Социальный статус, в т.ч.занятость: 1- учащийся, 2- работающий, 3-неработающий, 4- пенсионер, 5-военнослужащий, код ____, 6 – член семьи военнослужащего, 7-БОМЖ.

Инвалидность: 1-I гр, 2-II гр, 3-III гр, 4-установлена впервые в жизни, 5- степень инвалидности, 6- инвалид с детства, 7- снята.

ФИО (полностью) _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Сведения о повторных цитологических исследованиях: указать номер, дату, результат _

Дата последней менструации _____

Менопауза _____ (лет)

Соскоб получен (нужное подчеркнуть): экзоцервикс, эндоцервикс

Клинический диагноз _____ код МКБ 10 _____

Характер заболевания: 1-острое (+), впервые в жизни установленное хроническое (+), 2-диагноз установлен в предыдущем году или ранее (-)

ФИО лечащего врача _____ Подпись _____

Заполняется сотрудником патолого-анатомического отделения:

Дата	и	часы	поступления	материала	в
ПАО _____					

Фамилия	лаборанта	принявшего	материал	и
подпись _____				

Вид оплаты: 1-ОМС, 2-бюджет, 3- платные услуги, вт.ч 4-ДМС, 5-другое

Цель посещения: 1- заболевание, 2-профосмотр, 3-патронаж, 4- другое

Код мед.услуги (посещения, СМП, КЭС)

Специалист: код _____ ФИО _____

Заключение _____ в _____ т.ч.код _____ по _____

МКБ _____