



مراجعه کننده محترم جهت تسریع در انجام آزمایشات، لطفاً به کلیه سوالات زیر به دقت کامل پاسخ دهید.

نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	کد ملی:
تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی:	تاریخ نمونه برداری:	نام پزشک معالج:
نوع نمونه: لام ☐ لیکوئید ☐ تین پرپ ☐	تعداد زایمان:	شماره تماس:

شرح حال بیماری:

- مصرف قرص ضد بارداری: بلی ☐ خیر ☐
- حاملگی: بلی ☐ خیر ☐
- استفاده از IUD: بلی ☐ خیر ☐
- یائسگی: بلی ☐ خیر ☐
- سابقه سقط: خیر ☐ بلی ☐ (علت آن):
- خونریزی نامنظم رحمی: بلی ☐ خیر ☐
- سایر ترشحات: بلی ☐ خیر ☐
- رادیوتراپی: بلی ☐ خیر ☐
- هورمون درمانی: بلی ☐ خیر ☐

Sat.() End.() Neg.() Mild.() Mod.() Seve.() Reac.() Mic-O.() Atrop.() Etc.() RFU.() RAT.()