گزارش تعداد نمونه گیری پاپ اسمیر و راستی آزمایی انجام شده در سه ماهه ........ سال ....... شهرستان / شبکه بهداشت و درمان ........................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| تعداد نمونه گیری پاپ اسمیر سه ماهه | لام | لیکوئید |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | تاریخ ارسال نمونه | نوع نمونه گیری | | تاریخ دریافت جواب | جواب گزارش شده در برگه آزمایش | نام ، آدرس و تلفن آزمایشگاه | نام خانوادگی و شماره همراه مسئول فنی | | |
| لام | لیکوئید | نام خانوادگی | شماره همراه | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |