فرم ثبت نمونه های پاپ اسمیر اخذ شده از مرکز /خانه بهداشت ................... ماه ............... از تاریخ................. تا ....................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | کد ملی | نوع نمونه گیری | | تاریخ  نمونه گیری | نوع بیمه | کد رهگیری بیمه | نام پزشک/مامای درخواست دهنده در سامانه بیمه | محل امضای مراجعه کننده (در صورت انجام تست لیکوئید) | نتیجه آزمایش |
| لام | لیکوئید |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تاریخ ارسال به آزمایشگاه: نام و امضای ماما:**

**\*نیازی به ارسال این فرم برای واحد درآمد نمی باشد.**