فرم شرح حال آزمایش پاپ اسمیر

|  |
| --- |
| **نام مرکز : نام پایگاه سلامت/خانه بهداشت: تاریخ نمونه گیری:**  **نام و نام خانوادگی : کد ملی: سن : شماره نمونه:**  **روش پیشگیری از بارداری : تعداد بارداری : تعداد زایمان : تاریخ آخرین زایمان یا سقط:**  **تاریخ آخرین قاعدگی (LMP date): تاریخ آخرین پاپ اسمیر : نتیجه :**  **وضعیت فعلی بیمار: شیردهی 🞏 یائسگی 🞏 هیسترکتومی 🞏 هورمون درمانی 🞏 سایر موارد:**  **شکایت بیمار : سوزش 🞏 خارش🞏 خشکی واژن 🞏 ترشحات بد بو 🞏 خونریزی پس از تماس جنسی 🞏 سایر موارد:**  **سابقه زگیل تناسلی یا آزمایش HPV مثبت در خود بیمار یا همسر وی : بلی 🞏 خیر 🞏**  **آیا قاعدگی منظم است ؟ بله 🞏 خیر 🞏 توضیح :**  **مشاهدات بالینی توسط نمونه بردار:** |
| **نام و نام خانوادگی ماما: مهر و امضاء :** |