



## فرم درخواست پاپ اسمیر

نام:	نام خانوادگی:	کد پذیرش:
سن:	جنس:	کد ملی:
نام پزشک درخواست کننده:		بیمارستان / کلینیک:

LMP       G       P       Ab 

چکاپ سالیانه        سابقه بیماری: توضیحات: .....

سابقه هیسترکتومی: 

آخرین زایمان:        دوران شیردهی:

یافته های دهانه سرویکس: 

جواب های پاپ اسمیر قبلی (در صورت وجود): 

جواب های پاپ اسمیر قبلی: 

Code: 1○      2○      3○      4○      5○      6○      7○

نام، مهر و امضاء پزشک: