

# NAPOTNICA ZA TRIAŽNI TEST HPV

**Zora**

Državni program zgodnjega odkrivanja  
predrakavih sprememb  
materničnega vratu

Pošiljatelj ..... Št. protokola .....

Plaćnik .....

Priimek in ime [.....]

Datum rojstva [.....] EMŠO [.....]

Bivališče ..... Poštna št. [.....]

Št. KZZ .....

Datum in izvid zadnjega triažnega testa HPV .....

## INDIKACIJA ZA TRIAŽNI TEST HPV

- Triaža na klinični poti pri atipičnih ploščatih celicah (APC) ali atipični ploščati metaplaziji (APM)
- Triaža na klinični poti pri blagi diskariozi (BD) pri ženski stari 35 let ali več
- Triaža na klinični poti po CIN1

..... Datum odvzema ..... Žig, številka in podpis zdravnika [.....]