

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:

- APC-N** (atipične ploščate celice, neopredeljene)
- AŽC-N** (atipične žlezne celice, neopredeljene)
- PIL-NS \geq 35 let** (PIL nizke stopnje pri ženski stari 35 let in več)
- Histopatološko potrjen PIL-NS** (vključno s CIN 1)
- Histopatološko potrjen PIL-VS in RMV** – po zdravljenju

.....
Datum odvzema

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