



## Lähete »High Risk» HPV -tutkimukseen

Potilaan nimi ja henkilötunnus	Näytteenottopäivämäärä	Näytteen numero (lab. täyttää)	
	Kotikunta	Saapumispäivä (lab. täyttää).	
Lähettäjä ja laskutusosoite			
Vastausosoite (jos muu kuin lähettäjä)			
Aiemmat <b>poikkeavat solunäytevastaukset</b> (The Bethesda System tai Papanicolaoun luokka) ja <b>niiden ajankohta</b> (kuukausi ja vuosi)			
ASC-US <input type="checkbox"/>	LSIL <input type="checkbox"/>	HSIL <input type="checkbox"/>	Ca <input type="checkbox"/>
AGC NOS <input type="checkbox"/>	AGC FN <input type="checkbox"/>	Muu (mikä?) <input type="checkbox"/>	Adenoca <input type="checkbox"/>
LK II <input type="checkbox"/>	LK III <input type="checkbox"/>	LK IV <input type="checkbox"/>	LK V <input type="checkbox"/>
-----			
Onko mukana gynekologinen irtosolunäyte?			
Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>			
Muita kliinisiä tietoja			