



پرسشنامه مربوط به نمونه های HPV (زگیل تناسلی)

نام مراجعه کننده:	سن:
شماره پذیرش:	تاریخ پذیرش:
وضعیت تاهل:	نام پزشک:
نوع نمونه: <input type="checkbox"/> زگیل تناسلی <input type="checkbox"/> ادرار و ترشحات مجرا <input type="checkbox"/> نمونه برداری دهانه رحم <input type="checkbox"/>	
آیا تاکنون تحت درمان HPV (زگیل تناسلی) بوده اید: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع درمان: <input type="checkbox"/> فریز <input type="checkbox"/> لیزر <input type="checkbox"/> سوزاندن <input type="checkbox"/> محلول پودوفیلین <input type="checkbox"/> سایر درمان ها <input type="checkbox"/> داروهای مصرفی برای درمان HPV (زگیل تناسلی) و مدت زمان مصرف آن را ذکر نمایید:	
زمان انجام آخرین تست پاپ اسمیر و نتیجه آن: زمان انجام آخرین تست PCR HPV و نتیجه آن:	
تعداد زایمان و سقط:	
بیماری های دیگر:	
آیا همسرتان به HPV (زگیل تناسلی) مبتلا است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع درمان: <input type="checkbox"/> فریز <input type="checkbox"/> لیزر <input type="checkbox"/> سوزاندن <input type="checkbox"/> محلول پودوفیلین <input type="checkbox"/> سایر درمان ها <input type="checkbox"/> داروی مصرفی برای درمان HPV (زگیل تناسلی) و مدت زمان مصرف آن را ذکر نمایید:	
تاریخ نمونه گیری توسط پزشک:	