Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
ul. Batalionu AK Parasol 5/7, 01-120 Warszawa
tel: +48 515 597 123
e-mail: rejestracja@euromedlab.pl

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL / DATA URODZENIA

TELEFON: .....

ADRES: .....

Miejsce przesłania wyniku

KOD MATERIAŁU

NAZWA I ADRES ZLECAJĄCEGO

DATA I GODZ. PRZYJĘCIA DO LABORATORIUM

LEKARZ ZLECAJĄCY

D D M M R R G G G G

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU

CIĄŻE, PORODY .....

RODZAJ MATERIAŁU: WYMAZ

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

002

☐ Cytologia cienkowarstwowa LBC (CYT-LBC)

☐ HPV DNA 14 typów (HPV14)

WYGLĄD SZYJKI MACICY .....

ISTOTNE DANE KLINICZNE .....

.....

.....

Dane osoby pobierającej materiał do laboratorium

PRAWIDŁOWY SPOSÓB ZAZNACZANIA BADAŃ: ■

Wydanie 1 z dnia 01.09.2025 r.