

# SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

Nazwisko i imię.....

PESEL .....

Data urodzenia .....

Numer własny preparatu .....

Dane kliniczne .....

.....

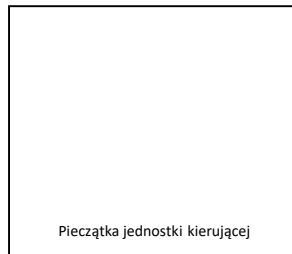
.....

Rodzaj materiału .....

Data ostatniej miesiączki .....

Data pobrania .....

Data otrzymania .....



**CELL-PATH Sp. z o.o**

Kościuszki 23/6

72 -300 Gryfice

NIP: 857 193 54 32

REGON: 524081808

- cytologia konwencjonalna
- cytologia LBC
- test połączony: LBC + HPV HR
- test połączony: LBC + p16/Ki67
- test połączony: LBC + HPV HR + p16/Ki67
- test p16/Ki67
- test HPV HR
- Chlamydia trachomatis + Ureaplasma species + Mycoplasma genitalium (PCR)

.....  
Pieczętka i podpis lekarza kierującego