

# ŽIADANKA O VYŠETRENIE – PATOLOGICKÁ ANATÓMIA

Gyneologická cytológia



ALPHA MEDICAL

člen skupiny Unilabs

Platná od 1. 11. 2018

Rodné číslo	Platiteľ <i>kód ZP, samoplatca, PZS</i>	Číslo vyšetrenia	Dátum prijatia
Priezvisko	Meno	Podpis a pečiatka ordinujúceho lekára	
Ulica, číslo domu*	PSČ*		
Mesto/obec*	Dátum odberu		
Kód hospit. prípadu	Dg. (MKCH) – PP <input type="checkbox"/> Z01.4 <input type="checkbox"/> Z12.4	Dg. (MKCH)	Dátum vystavenia žiadanky
Odporúčajúci lekár	Meno a priezvisko	A kód	P kód

Nepovoliť sprístupnenie výsledku v EZKO

\* adresu pacienta žiadame vyplniť v prípade samoplatcu alebo vyšetrení hlásených v zmysle zákona č. 355/2007 Z. z.

## ANAMNÉZA, STAV PACIENTA

	počet	dátum posledného
<input type="checkbox"/> pôrody		
<input type="checkbox"/> potraty		
<input type="checkbox"/> UPT		

### AKTUÁLNA TERAPIA, GRAVIDITA

IUD  HATK  HRT  GRAV

### MENŠTRUAČNÝ CYKLUS

pravidelný  amenorea dátum PM  
 nepravidelný  klimax

### PREDCHÁDZAJÚCE CYTOLOGICKÉ VYŠETRENIE (opis)

### PREDCHÁDZAJÚCE HPV VYŠETRENIE (opis)

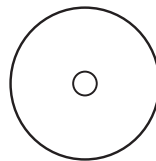
### ABSOLVOVANÉ ZÁKROKY

konizácia  D&C  EDK  HYE

dátum zákroku, nález, diagnózy

### AKTUÁLNY NÁLEZ

vyšetrované:  spekulum  kolposkopia



## ODOBRATÝ MATERIÁL

exocervix  endocervix  vagína  vulva

označenie skla č. 1

označenie skla č. 2

tekuté médium (LBC)



## OBJEDNANÉ VYŠETRENIA

Cytológia hodnotená klasifikačným systémom Bethesda 2014

LBC

Dôkaz vysokorizikových HPV DNA

Detekcia genotypov HPV 16, HPV 18 a skupinová detekcia ďalších 12 vysokorizikových HPV genotypov (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)

[HPVCP]

UPOZORNENIE: Vyšetrenie HPV je realizované iba zo vzorky LBC odobratej z krčka maternice.

Indikácia na vyšetrenie sa riadi platnými pravidlami ZP, ktoré sú dostupné aj na [www.alphamedical.sk](http://www.alphamedical.sk).

## POZNÁMKA OD ODOSIELAJÚCEHO LEKÁRA

Žiadam o poskytnutie zdravotnej starostlivosti v rozsahu vyšetrení uvedených v tejto žiadanke, v zmysle práva na výber poskytovateľa v súlade s ustanovením § 11 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v platnom znení:

na základe zdravotného poistenia

na vlastné náklady (za priamu úhradu) ako samoplatca, ktoré sa zaväzujem bez akýchkoľvek výhrad uhradiť v plnej výške podľa platného cenníka poskytovateľa, s ktorým som sa, vrátane kalkulácie ceny a jej výšky, riadne oboznámil a potvrdzujem, že náklady na tieto vyšetrenia nebudem uplatňovať v žiadnej zdravotnej poisťovni.

vyšetrenie samoplatcu

### FAKTUROVAŤ

samoplatcovi

lekárovi

Súhlasím v súlade s ustanovením § 7 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním svojich osobných údajov uvedených na žiadanke za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Súhlas udeľujem na dobu neurčitú a je možné ho odvolať v prípade nezákonného nakladania s osobnými údajmi.

Podpis pacienta