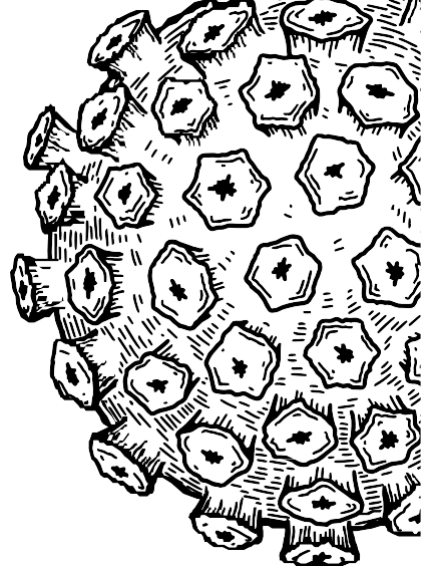




پرسشنامه

HPV



نام و نام خانوادگی:

سن:

نام آزمایشگاه:

نام پزشک:

خیر بلی

آیا سابقه ابتلا به HPV داشته اید؟	☐	☐	سال:	☐	ماه:	نوع ژنوتایپ:
آیا مبتلا به زگیل تناسلی هستید؟	☐	☐	مدت زمان ابتلا:	☐	☐	
آیا نمونه برداری از زگیل انجام شده است؟	☐	☐	ناحیه نمونه برداری شده:	☐	☐	
آیا شریک جنسی شما مبتلا به زگیل است؟	☐	☐	مدت زمان ابتلا شریک جنسی:	☐	☐	
آیا رابطه جنسی مشکوک داشته اید؟	☐	☐		☐	☐	
آیا سابقه ابتلا به سرطان داشته اید؟	☐	☐	نوع سرطان:	☐	☐	
آیا سابقه سرطان به صورت ژنتیکی داشته اید؟	☐	☐	نوع سرطان:	☐	☐	
آیا سابقه مصرف سیگار یا دخانیات داشته اید؟	☐	☐		☐	☐	
آیا باکره هستید؟	☐	☐		☐	☐	
آیا به بیماری HIV مبتلا شده اید؟	☐	☐		☐	☐	
آیا سابقه ضایعات پیش بدخیم (CIN) داشته اید؟ آیا	☐	☐		☐	☐	
از واکسن HPV (گاردا سیل) استفاده کرده اید؟	☐	☐		☐	☐	

تعداد بارداری:

روشهای پیشگیری از بارداری:

تاریخ شروع آخرین قاعدگی:

نتیجه پاپ اسمیر قبلی:

نتیجه تست HPV قبلی:

امضا مراجعہ کننده:

