

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
Ministry of Health & Medical Education

University of Medical Sciences:

دانشگاه علوم پزشکی:

Medical Center:

مرکز پزشکی آموزشی درمانی:

Cytology No: شماره سیتوپاتولوژی

گزارش سیتوپاتولوژی
CYTOPATHOLOGY REPORT

Unit No: شماره پرونده:

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:	
Time : ساعت:	Bed: تخت:			
Previous smear: اسمیر قبلی: No <input type="checkbox"/> خیر Yes <input type="checkbox"/> بله	Education level: میزان تحصیلات:	Age at marriage: سن هنگام ازدواج:		
Residential place: محل اقامت دائم:				
History: سابقه: LMP: <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Pill <input type="checkbox"/> Pregnancy <input type="checkbox"/> Radiotherapy Date: <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> Irregular Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> Routine smear (asymptomatic)		Physical finding: یافته های جسمی: <input type="checkbox"/> Polyps <input type="checkbox"/> Prolaps <input type="checkbox"/> Cervicitis Erosion <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Others (please write):		
Do not write bellow this line. زیر این خط چیزی ننویسید.				
<input type="checkbox"/> No abnormal cells <input type="checkbox"/> Atypical cells present <input type="checkbox"/> Mild dysplasia <input type="checkbox"/> Moderate dysplasia <input type="checkbox"/> Sever dysplasia <input type="checkbox"/> Carcinoma in situe <input type="checkbox"/> Invasive carcinoma <input type="checkbox"/> Endocarcinoma <input type="checkbox"/> Smear is not well prepared <input type="checkbox"/> Please repeat				
Findings: یافته ها: <input type="checkbox"/> Normal morphology <input type="checkbox"/> Columnar cells <input type="checkbox"/> Endometrial cells <input type="checkbox"/> Metaplastic cells <input type="checkbox"/> Regeneration <input type="checkbox"/> Radiation injury <input type="checkbox"/> Trichomonas <input type="checkbox"/> Viral injury		Hormonal pattern: نمونه هورمونی: <input type="checkbox"/> Marked estrogen effect <input type="checkbox"/> Estrogen deficiency (atrophic type) <input type="checkbox"/> No hormonal reading possible		
Maturation index: / / Super - nter - para				
		نام و امضاء پزشک:		