

Vypíňat paličkovým písmom tmavým perom.

interný kód laboratória

|                                   |                      |                                                            |                                                                               |                                                                  |                            |                      |
|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| Rodné číslo:                      | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena | hl. diagnóza (MKCH):                                                          | 1. <input type="text"/>                                          | Kód PZS odosielateľa:      | <input type="text"/> |
| Priezvisko:                       | <input type="text"/> |                                                            | pridružená diagnóza:                                                          | 2. <input type="text"/>                                          | Kód LEKÁRA odosielateľa:   | <input type="text"/> |
| Meno:                             | <input type="text"/> |                                                            |                                                                               | 3. <input type="text"/>                                          | Kód PZS odporúčajúceho:    | <input type="text"/> |
| Bydlisko:                         | <input type="text"/> |                                                            | žiadanka vystavená:                                                           | <input type="text"/>                                             | Kód LEKÁRA odporúčajúceho: | <input type="text"/> |
| ID hospitalizačného prípadu:      | <input type="text"/> |                                                            | kód poisťovne:                                                                | <input type="text"/>                                             | Pečiatka a podpis lekára   |                      |
| EÚ poisťenci: (priložiť kópiu ZP) | <input type="text"/> | Typ poskytnutej zdrav. starostlivosti:                     | dátum odberu:                                                                 | <input type="text"/>                                             |                            |                      |
| Identifikačné číslo pacienta      | <input type="text"/> | Kód krajiny EU:                                            | čas odberu:                                                                   | <input type="text"/>                                             |                            |                      |
| E-mail pacienta:                  | <input type="text"/> | Fakturovať:                                                | <input type="checkbox"/> zdravot. zariadenie <input type="checkbox"/> pacient | Súhlasím s platbou za vykonané laboratórne vyšetrenie/-ia: ..... |                            |                      |
|                                   |                      |                                                            |                                                                               |                                                                  | podpis pacienta            |                      |

☐ Liquid-Based Cytológia☐ Konvenčná cytológia

|                                                                                                                                                                                                           |                                             |                               |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Dátum poslednej menštruácie                                                                                                                                                                               | Počet pôrodov*                              |                               | ANAMNÉZA / KLINIKA (poznámky) |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                        |                               |                               |
| Počet potratov*                                                                                                                                                                                           | Počet UPT*                                  |                               |                               |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                        |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> HATK <input type="checkbox"/> HRT <input type="checkbox"/> Mirena <input type="checkbox"/> Laktácia <input type="checkbox"/> Gravidita Gest. týždeň | <input type="text"/>                        |                               |                               |
| Predchádzajúce vyšetrenia:                                                                                                                                                                                | Dátum                                       |                               |                               |
| cytologické vyšetrenia <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno                                                                                                                          | <input type="text"/>                        | výsledok <input type="text"/> |                               |
| biopsia <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno                                                                                                                                         | <input type="text"/>                        | CIN <input type="text"/>      |                               |
| vyšetrenie HPV <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno                                                                                                                                  | <input type="text"/>                        | výsledok <input type="text"/> |                               |
| Očkovanie proti HPV: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno                                                                                                                            | rok aplikácie 3. dávky <input type="text"/> | vakcína <input type="text"/>  |                               |

|                                           |                                                                 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lokalizácia odberu                        | Spôsob odberu                                                   | Označenie skiel      | Ďalšie požadované vyšetrenia (LBC odber):<br><input type="checkbox"/> HPV DNA (hradia všetky ZP (ZP24, ZP25, ZP27))<br><input type="checkbox"/> HPV mRNA*** (ZP25 hradí; ZP24 nehradí - len ako samoplátca, ZP27 - hradí v prípade: 3x opakujúci sa nález ASCUS alebo 2x opakujúci sa nález LSIL - inak ako samoplátca)<br><input type="checkbox"/> Genotyp HPV (ZP25 a ZP27 hradí; ZP24 nehradí - len ako samoplátca)<br><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis a Neisseria gonorrhoeae (DNA PCR)<br><input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum/ U. parvum (DNA PCR)<br><input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis/ M. genitalium (DNA PCR) |
| <input type="checkbox"/> EXOCERVIX        | <input type="checkbox"/> spatula <input type="checkbox"/> brush | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> ENDOCERVIX       | <input type="checkbox"/> spatula <input type="checkbox"/> brush | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Vagina           | <input type="checkbox"/> spatula <input type="checkbox"/> brush | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Vulva            | <input type="checkbox"/> spatula <input type="checkbox"/> brush | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Endometrium      | <input type="checkbox"/> microbrush                             | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Cervikálny pahýľ | <input type="checkbox"/> spatula <input type="checkbox"/> brush | <input type="text"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## POTVRDENIE O PLATBE V AMBULANCII (vyplní lekár):

|                                                                                                                         |       |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------|
| Vyšetrenie **                                                                                                           | Suma: | EUR                  |
| Cena za laboratórne vyšetrenie bola uhradená v ambulancii. Súhlasím s fakturáciou vyšetrenia zdravotníckemu zariadeniu. |       |                      |
| V                                                                                                                       | dňa   | <input type="text"/> |

Potvrdí lekár len v prípade, ak pacient uhradí cenu za laboratórne vyšetrenie v ambulancii/zdravotníckom zariadení

\* do troch mesiacov pred odberom, \*\* typ vyšetrenia, \*\*\* Odporúčanie: ZP25 - pri HPV DNA pozitívite je možnosť dovyšetriť HPV mRNA z jedného odberu. Je potrebné označiť HPV DNA a HPV mRNA.

## Záznamy laboratória