Приложение: Пример скрининговой формы ВИ

Название скринингового центра

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ И КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ		
1.	Уникальный регистрационный номер:	[ ][ ][ ][ ][ ][ ]
2.	Дата регистрации (день / месяц / год):	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
3.	Фамилия:	_____
4.	Имя:	_____
5.	Имя мужа	
6.	Возраст:	[ ][ ]
7.	Дата рождения (день / месяц / год):	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]
8.	Адрес:	_____ _____ _____
9.	Номер телефона:	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
10.	**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР**	

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ		
1.	Возраст вступления в брак (в годах):	[ ][ ]
2.	Общее количество беременностей:	[ ][ ]
3.	Последняя менструация: *(1. Менее 1 года; 2. Более 1 года; 9. Неизвестно)*.	[ ]
4.	Дата начала последней менструации	[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

ПРОЦЕДУРА ВИ		
1.	ЗС видна: *(1. полностью; 2. частично; 3. не видна)*	[ ]
2.	Результат ВИ: *(1. Не выполнялась; 2. Отрицательный; 3. Положительный; 4. Подозрение на инвазивный рак)*	[ ]
3.	В случае положительного результата, площадь ацетобелой области (% эктоцервикса): *(1. <25%; 2. 25–50%; 3. 50–75%; 4. >75%)*	[ ]
4.	Перекрывает ли поражение зонд для криотерапии? *(1. Да; 2. Нет)*	[ ]
5.	Подходит ли поражение для лечения криотерапией? *(1. Да; 2. Нет)*	[ ]

ЛЕЧЕНИЕ		
1.	Абляция: *(1. Не требуется; 2. Не применима; 3. Выполнена; 4. Отказалась; 5; Не выполнена по другой причине)*	[ ]
2.	Проблемы во время абляции: *(1. Нет; 2. Боль; 3. Другое; 4. Не завершена)*	[ ]
3.	Дата следующего визита для последующего наблюдения[ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]	

ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЕ		
1.	Причина перенаправления *(1. ВИ+ и неприменимость криотерапии; 2. VIA + и недоступность криотерапии; 3. Подозрение на рак)*	[ ]
2.	Перенаправление в:	

Имя медицинского работника **Подпись и дата**