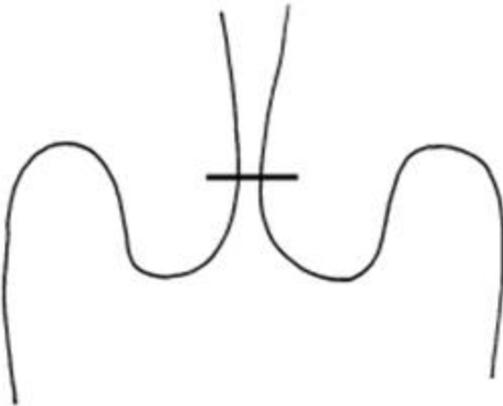


Кольпоскопия	Визит	Дата: ___/___/___
Идентификационный номер пациентки:	_____	Результаты скринингового теста:
Фамилия:	_____	_____
Инициалы:	_____	Симптомы:
Дата рождения:	___/___/___	_____
Адрес:	_____ _____ _____	

Кольпоскопическое обследование	
Классификация ЗТ: (1. 1 тип; 2. 2 тип; 3. 3 тип)	
Размер ЗТ: (1. Большая; 2. Малая)	
Заключение кольпоскопии: (0. Шейка матки не визуализирована; 1. Норма; 2. ВПЧ/Воспаление / Доброкачественные изменения; 3. CIN/Низкая степень; 4. CIN/Высокая степень; 5. Инвазивный рак; 6. Прочее; 7. Не выполнялась)	
Параметры Swede	
	

Лечебный план/ наблюдение:	
_____ _____ _____	
Дата: ___/___/___	Подпись.....