

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

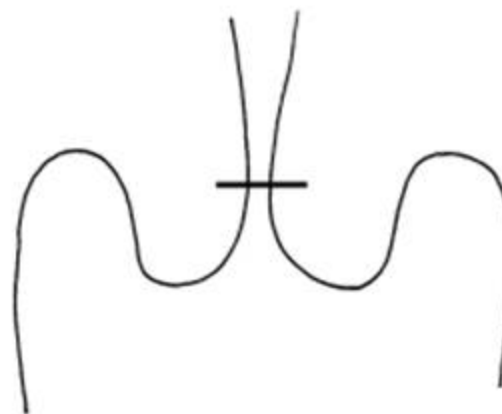
### Кольпоскопическое обследование

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 / Добракачественные изменения; 3. CIN/Низкая степень; 4. CIN/Высокая степень; 5. Инвазивный рак; 6. Прочее; 7. Не выполнялась)

### Параметры Swede



### Лечебный план/ наблюдение:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Подпись.....