



پرسشنامه مربوط به HPV زگیل تناسلی

نام پزشک:	تاریخ نمونه گیری HPV:
سن مراجعه کننده:	نام و نام خانوادگی:
شغل:	وضعیت تاهل:
دارم ☐ ندارم ☐	سابقه بیماری های زنان: داروهای مصرف شده برای درمان:
دارم ☐ ندارم ☐	سابقه بیماری های آمیزشی: داروهای مصرف شده برای درمان:
بله ☐ خیر ☐	آیا بر روی اندام تناسلی، مقعد یا کشاله ران ضایعات زگیل مانند دارید؟ در صورت داشتن زگیل تناسلی تعداد زگیل ها را ذکر نمایید:
بله ☐ خیر ☐	آیا تا کنون به HPV (زگیل تناسلی) مبتلا شده اید؟ روش درمان یا داروهای مصرف شده برای درمان به همراه مدت زمان آن:
بله ☐ خیر ☐	آیا رفتار پرخطر جنسی (مانند داشتن شرکای جنسی متعدد) داشتید؟
دارد ☐ ندارد ☐	آیا همسر یا شریک جنسی شما سابقه بیماری های آمیزشی دارد؟
بله ☐ خیر ☐	آیا همسر یا شریک جنسی شما به HPV (زگیل تناسلی) مبتلا است؟
بله ☐ خیر ☐	در صورت ابتلا آیا اقدام درمانی انجام داده است؟ روش درمان یا داروهای مصرف شده برای درمان به همراه مدت زمان آن:
غیر سالم ☐ سالم ☐	آخرین تست پاپ اسمیر و نتیجه آن:
دارم ☐ ندارم ☐	سابقه مصرف سیگار:
دارم ☐ ندارم ☐	سابقه مصرف قرص ضد بارداری: تعداد زایمان و سقط: بیماری های دیگر:



پرسشنامه مربوط به نمونه های پاپ اسمیر

نام پزشک:	تاریخ نمونه گیری پاپ اسمیر:
سن مراجعه کننده:	نام و نام خانوادگی:
تعداد سقط:	تعداد زایمان:
تاریخ شروع آخرین قاعدگی (LMP):	آخرین زایمان:
تاریخ آخرین پاپ اسمیر:	تاریخ یائسگی:
نتیجه آخرین پاپ اسمیر:	
سابقه زگیل تناسلی (HPV):	
روش جلوگیری از بارداری:	
سابقه جراحی:	
سابقه مصرف دارو (مخصوصا داروهای هورمونی):	
سابقه شیمی درمانی یا رادیوتراپی:	
شماره تلفن همراه:	