

**TAKİP NO:** .....**Hastanın Adı / Soyadı:**

Yaşı: G: P: Y: A:

SAT: Kan Grubu: ..... Rh

Ev Telefonu:

Adres: .....

Özgeçmiş: Ekmedikal

Problem: Şikayet: ÖNTANI:

**Sosyal Güvencesi:****Bil.İş.No:**

Başvuru Tarihi: ...../...../20....

Cep Tel: .....

**Pelvik Muayene:**

Vulva:

Vajen:

Serviks:

Ultrason:

Uterus:

Adneksler:

**İstenilen Tetkikler:**

CVS: Endometrial

Örnekleme:

Franksiyone Küretaj:

Tümör Belirleyicileri:

Kan Grubu:

II. Basamak USG

Tamkan-Biyokimya

Kanama Pıhtılaşma Profili

Hbs-Hcv-Hiv

PA Akciğer Filmi:

Anestezi Konsült:

Dahiliye Konsült:

Trioid Fonk. Testi:

TİT ve İdrar Kültürü:

Ürodinamik:

İnceleme

Diğer:

Beta HCG:

Hormon Profili:

Planlanan Ameliyat:

Tekrar Muayene Gereği:

Tekrar Arama Tarihi:

Tarih:

...../...../20.....

İmza

Muayene Eden: