

Gimdos kaklelio piktybinio naviko
ankstyvosios diagnostikos programos
organizavimo, vykdymo ir kokybės kontrolės
reikalavimų aprašo
12 priedas

(pavyzdinė forma)
INFORMAVIMO APIE KOLPOSKOPINIO TYRIMO POREIKĮ LAIŠKAS

Koordinavimo centro pavadinimas

Data

Vardas Pavardė
vardaspavarde@gmail.com

Gerb. _____ paciente,
asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas

primename, kad Jums buvo atliktas gimdos kaklelio tepinėlio citologinis tyrimas. Informuojame, kad gavome Jūsų tyrimo rezultatą. Įvertinus jį nustatyta, kad Jums **reikalingas išsamesnis ištyrimas**, todėl Jūs būsite užregistruota į gydytojo akušerio ginekologo konsultaciją, kurios metu bus atliktas kolposkopinis tyrimas. **Gydytojo akušerio ginekologo konsultacijos data, laikas, vieta, kontaktinė informacija: _____.**

Telefonas pasiteirauti: [8 000 00 000]. Jei norite išsamiau aptarti tyrimo rezultatus, tai padaryti galite užsiregistravusi pas savo šeimos gydytoją.

ATMINKITE: TYRIMAS PADEDA ĮVERTINTI TOLESNIŲ VEIKSMŲ POREIKĮ, TAČIAU JUO NEGALIMA NUSTATYTI GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO, TODĖL NĖ VIENAS IŠ GALIMŲ TYRIMO REZULTATŲ NEREIŠKIA, KAD SERGATE VĖŽIU.

Jei turite pastabų dėl Jums teiktų paslaugų, atlikto gimdos kaklelio tepinėlio citologinio tyrimo ar šio laiško turinio, susisieki su Koordinavimo centru tel. [8 000 00 000] arba el. paštu koordinavimocentras@gmail.com.

Pagarbiai

Koordinavimo centras

Informacija šiame pranešime skirta tik asmeniui, kuriam yra adresuota. Jei šį pranešimą gavote per klaidą, negalite kopijuoti ar kitaip platinti pranešimo ar jo dalies ir skleisti jame esančios informacijos. Prašome informuoti apie tai siuntėją ir sunaikinti visas šio pranešimo kopijas. Dėkojame.

Duomenys kaupiami ir saugomi Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.