

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

(pavyzdinė forma)

**INFORMAVIMO APIE KOLPOSKOPINIO TYRIMO POREIKĮ PO ATLIKTŲ AUKŠTOS
RIZIKOS ŽMOGAUS PAPILOMOS VIRUSO TYRIMO IR GIMDOS KAKLELIO
TEPINĖLIO CITOLOGINIO TYRIMO LAIŠKAS**

Koordinavimo centro pavadinimas

Data

Vardas Pavardė
vardaspavarde@gmail.com

Gerb. _____ paciente,
asmens sveikatos priežiūros įstaigos pavadinimas

primename, kad Jums buvo atliktas tyrimas dėl aukštos rizikos žmogaus papilomos viruso (AR ŽPV). Informuojame, kad gavus Jūsų AR ŽPV tyrimo rezultatus, iš to paties ėminio buvo atliktas papildomas gimdos kaklelio tepinėlio citologinis tyrimas. Įvertinus jį nustatyta, kad Jums **reikalingas išsamesnis ištyrimas**, todėl Jus 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 savo tyrimo rezultatus, tai padaryti galite užsiregistravusi pas savo šeimos gydytoją.

**ATMINKITE: TYRIMAI PADEDA ĮVERTINTI TOLESNIŲ VEIKSMŲ
POREIKĮ, TAČIAU JAIS NEGALIMA NUSTATYTI GIMDOS KAKLELIO VĖŽIO,
TODĖL NĖ VIENAS IŠ GALIMŲ TYRIMŲ REZULTATŲ NEREIŠKIA, KAD
SERGATE VĖŽIU.**

Jei turite pastabų dėl Jums teiktų paslaugų, atliktų tyrimų ar šio laiško turinio, susisiekitė 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, reguliuojančių valstybės registrų ir informacinių sistemų saugą, nustatyta tvarka.