

Klinika za ginekologijo in perinatologijo

Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk

KOLPOSKOPSKI KARTON

klinika, oddelek

ime in priimek

datum in kraj rojstva ter starost

identifikacijska številka (št. ZZS)

prebivališče

TELEFONSKA ŠTEVILKA

DRUŽINSKA ANAMNEZA: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____

OPERATIVNI POSEGI: _____

POŠKODBE: _____

ZDRAVILA: _____

ALERGIJE: _____

RAZVADE, SOCIOEKONOMSKI STATUS: _____

GINEKOLOŠKE BOLEZNI: _____

ŠTEVILO PARTNERJEV: _____ PRVI SPOLNI ODNOSI: _____

MENARHA: _____ CIKLUS: _____ OPIS MENSTRUACIJ: _____ ZAMETNO PERILO: _____

NOSEČNOSTI: _____ ROJSTVA: _____ SP. SPLAVI: _____ UPNI: _____ EU: _____ KC: _____

GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____

PREDHODNJI IZVIDI (BMV, biopsija, HPV): _____

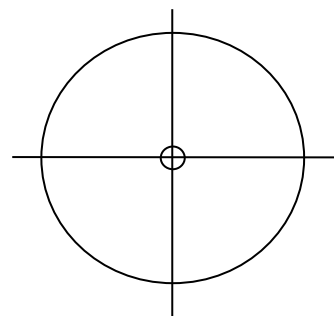
1. PREGLED

DATUM: _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE, UKREPANJE:



2. PREGLED

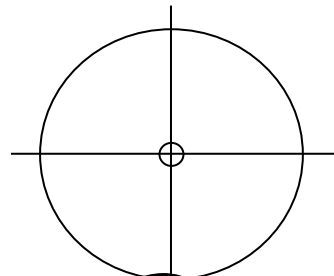
DATUM: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____
OPERACIJA: _____
GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____
ROJSTVA: _____, SP. SPLAVI: _____, UPN: _____, GEU: _____, ZADNJE PERILO: _____, KC: _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



3. PREGLED

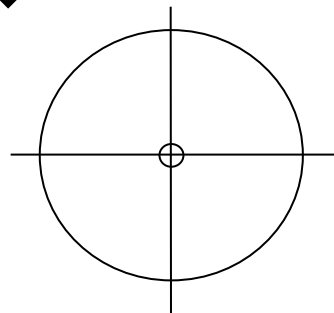
DATUM: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____
OPERACIJA: _____
GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____
ROJSTVA: _____, SP. SPLAVI: _____, UPN: _____, GEU: _____, ZADNJE PERILO: _____, KC: _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



4. PREGLED

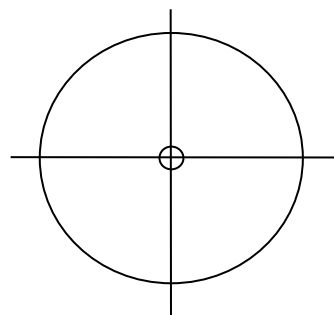
DATUM: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____
OPERACIJA: _____
GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____
ROJSTVA: _____, SP. SPLAVI: _____, UPN: _____, GEU: _____, ZADNJE PERILO: _____, KC: _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



5. PREGLED

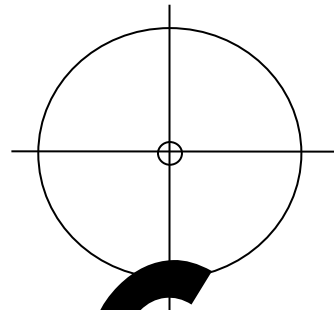
DATUM: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____
OPERACIJA: _____
GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____
ROJSTVA: _____, SP. SPLAVI: _____, UPN: _____, GEU: _____, **ZADNJE PERILO:** _____, **KC:** _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:

**6. PREGLED**

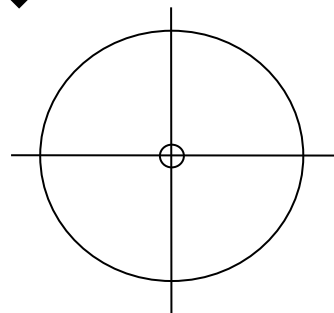
DATUM: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____
OPERACIJA: _____
GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____
ROJSTVA: _____, SP. SPLAVI: _____, UPN: _____, GEU: _____, **ZADNJE PERILO:** _____, **KC:** _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:

**7. PREGLED**

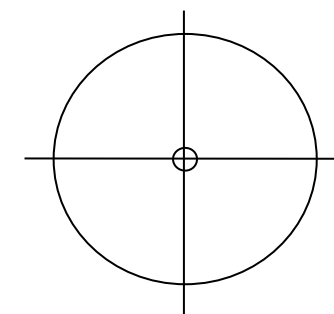
DATUM: _____

OSEBNA ANAMNEZA: _____
OPERACIJA: _____
GINEKOLOŠKE TEŽAVE: _____
ROJSTVA: _____, SP. SPLAVI: _____, UPN: _____, GEU: _____, **ZADNJE PERILO:** _____, **KC:** _____

KOLPOSKOPIJA:

PREISKAVE:

MNENJE:



OPERATIVNI POSEG

Pri bolnic je potreben operativni poseg, in sicer:_____.

Bolnici dr. _____ poseg in možne zaplete razloži. Bolnica razlago razume, dobi odgovore na dodatna vprašanja in se s posegom strinja. Datum: _____

Podpis zdravnika: _____

Podpis bolnice: _____

DATUM OP: _____ **INDIKACIJA:** _____

VRSTA POSEGA: LLETZ KONIZACIJA PO _____ EKSCIZIJA LEZIJE VULVE
DRUGO: _____

POTEK POSEGA: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV **DRUGO:** _____

POOPERATIVNI POTEK: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV IZCEDEK **DRUGO:** _____

OPOMBE:

OPERATIVNI POSEG

Pri bolnic je potreben operativni poseg, in sicer:_____.

Bolnici dr. _____ poseg in možne zaplete razloži. Bolnica razlago razume, dobi odgovore na dodatna vprašanja in se s posegom strinja. Datum: _____

Podpis zdravnika: _____

Podpis bolnice: _____

DATUM OP: _____ **INDIKACIJA:** _____

VRSTA POSEGA: LLETZ KONIZACIJA PO _____ EKSCIZIJA LEZIJE VULVE
DRUGO: _____

POTEK POSEGA: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV **DRUGO:** _____

POOPERATIVNI POTEK: BREZ ZAPLETOV KRVAVITEV IZCEDEK **DRUGO:** _____

OPOMBE: