

SIUNTIMAS LAZERINĖS GINEKOLOGIJOS KONSULTACIJAI / PROCEDŪRAI

Pacientės Vardas, Pavardė _____

Gimimo data _____

Indikacija (pabraukti 1-4): Terapinė lazerinė procedūra dėl:

- (1) krūvio šlapimo nelaikymo
- (2) makšties ir gimdos I-II laipsnio nusileidimo
- (3) makšties išsausėjimo menopauzėje
- (4) Estetinė lazerinė procedūra moteriai pageidaujant (makšties susiaurinimui, atstatymui po gimdymo, seksualinio moters pasitenkinimo pagerinimui ir kt.)

Tyrimai:

1. Gimdos kaklelio onkocitologinis tepinėlis (ne senesnis kaip 1 metų) :

_____ data įvertinimas: Nėra intraepitelinų pokyčių ir piktybinio naviko.

2. TVE (iki 1 mėn. senumo):

_____ data Gimda anteversio / retroversio, Gimda ___ x ___ x ___ cm, endometras..... mm, k.kiaušidė ___ x ___ cm, d. kiaušidė ___ x ___ cm. Laisvo skysčio nėra. Miomos (aprašyti, jei yra):

Endometro polipų nėra. Kiaušidėse patologinių cistinių darinių nestebima.

3. Makšties išskyrų tyrimas (iki 1 sav. senumo): _____ data įvertinimas n.y (uždegimo nėra)

4. Bendras šlapimo tyrimas (iki 1 sav. senumo): _____ data įvertinimas n.y (uždegimo nėra)

Siunčiantis gydytojas _____

Atkreipti dėmesį (!) Konsultacijai prašome atvykti **NE mėnesinių** metu.

Būtina išankstinė registracija, kad galėtų tyrimai.