

ДОМ ЗДРАВЉА „ВРШАЦ“
СЛУЖБА ЗА ЗАШТИТУ ЖЕНА
В Р Ш А Ц

ЛАБОРАТОРИЈА ЗА
ЕКСФОЛИЈАТИВНУ ЦИТОЛОГИЈУ
Бр. _____
Датум: _____ 201__ год.

Извештај о цитолошком прегледу на папаниколау

Презиме и име: _____
Налаз:

Група:
Закључак:

Преглед извршио:

ДОМ ЗДРАВЉА „ВРШАЦ“
СЛУЖБА ЗА ЗАШТИТУ ЖЕНА
В Р Ш А Ц

ЛАБОРАТОРИЈА ЗА
ЕКСФОЛИЈАТИВНУ ЦИТОЛОГИЈУ
Бр. _____
Датум: _____ 201__ год.

Извештај о цитолошком прегледу на папаниколау

Презиме и име: _____
Налаз:

Група:
Закључак:

Преглед извршио: