

ใบแจ้งผลการตรวจสอบมะเร็งปากมดลูก

ชื่อ		หมายเลขประจำตัว	- 1(2)*****
------	--	-----------------	-------------

แบ่ง	รายการที่ตรวจ (วันที่ตรวจ)		ผล	คำตัดสิน ※ เขียนตามกฎการทดสอบ	
มะเร็งปากมดลูก	ตรวจเซลล์ในปากมดลูก (วันเดือนปี)	การวินิจฉัยแต่ละประเภท (การวินิจฉัยเซลล์) ※ หากเซลล์ที่ตรวจไม่เพียงพอไม่ต้องลง			
	ข้อเสนอแนะ				
	วันที่ตัดสิน	วันเดือนปี	แพทย์	ใบอนุญาตเลขที่	
ชื่อหมอ				(ชายน)	

ใบแจ้งผลการตรวจสอบมะเร็งปากมดลูก

※ (สมาชิกประกันสุขภาพ)ในกรณีที่ผลการตรวจระบุว่าต้องการใบแพทย์จากโรงพยาบาลชั้นนำนั้น, สามารถนำเอกสารทั้งหมดเอกสารค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (เอกสารขอเข้าตรวจ) ที่ได้รับขอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชั้นนำได้

※ (ผู้มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์)

กรณีแพทย์ประเมินและลงความเห็นในใบรับรองการตรวจสุขภาพว่าผลการตรวจสุขภาพพบสภาวะผิดปกติและจำเป็นต้องตรวจเพิ่มสลับเปลี่ยนใบรับรองการตรวจสุขภาพเป็นเอกสารเรียกร้องการบริการด้านสุขภาพและตรวจรักษาโรคได้ที่สถาบันการแพทย์และกรณีต้องบริการทางการแพทย์นอกเหนือจากนั้นจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาโรคก่อนตามขั้นตอนการบริการด้านสุขภาพมาตรา 3 ใน 「ข้อกำหนดตามกฎหมายการบริการทางการแพทย์」

และสำหรับผู้ที่ได้รับการคุ้มครองการบริการด้านสุขภาพแบบระบุตัวเลือกจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาโรคที่สถาบันการแพทย์ที่ตัวไว้ก่อน

※ มะเร็งปากมดลูกนี้จะสามารถพบได้เร็วโดยการตรวจสอบสม่ำเสมอโดยตรวจเซลล์ที่ปากมดลูกและถ้าพบเร็วก็จะรักษาเป็นไปได้อย่างรวดเร็วโดยการผ่าตัด

※ เราขอแนะนำว่าหญิงสาวที่อายุมากกว่า 20 ปีและเคยผ่านประสบการณ์ทางเพศแล้วควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear) ทุกๆ 2 ปี

※ ถึงแม้ว่าผลการตรวจเนื่องจากในมดลูกพบว่ามีอะไรผิดปกติหากเกิดการผิดปกติเช่นเกิดเลือดไหลออกมาจะต้องเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์ทันทีหากผลการตรวจพบว่าปกติแต่ได้รับคำแนะนำอื่นเพิ่มเติมจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด.

※ ผู้รับตรวจที่จดทะเบียนเป็นผู้รับการดูแลรักษาพยาบาลแบบพิเศษเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถเลื่อนเวลาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจนกว่าวันที่หมดสิทธิรับการดูแลรักษาพยาบาลแบบพิเศษได้

※ ในบรรดาผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไข (เบี้ยประกันสุขภาพการตรวจคัดกรองมะเร็งแห่งชาติและอื่น ๆ) สามารถมีสิทธิได้รับการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ติดต่อศูนย์สุขภาพในพื้นที่ของคุณเพื่อขอรายละเอียด)

แจ้งผลการตรวจมะเร็งไว้ข้างต้น

วันที่ เดือน ปี

หมายเลขของครีที่ตรวจ

ชื่อสถาบันที่ตรวจ

※ ใบแจ้งผลการตรวจสอบมะเร็งนี้ลงตามบันทึกการตรวจตามผลการตรวจแต่ละหัวข้อ