

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління, якого належать заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я

Код ЄДРПОУ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Направлення на патогістологічне дослідження

« ____ » _____ 20 ____ року _____ годин
(дата і час направлення матеріалу)

Відділення _____ Медична карта стаціонарного (амбулаторного) хворого № _____

1. Прізвище, ім'я по батькові хворого _____

2. Стать: чоловік, жінка (підкреслити). 3. Вік _____ років. 4. Біопсія первинна, вторинна (підкреслити)

5. При повторній біопсії вказати номер і дату первинної _____

6. Дата і вид операції _____

7. Маркування матеріалу, кількість об'єктів _____

8. Клінічні дані _____

(тривалість захворювання, проведене лікування, при пухлинах зазначити точну локалізацію, темпи росту, розміри, консистенцію, відношення до оточуючих тканин, метастази, наявність інших пухлинних вузлів, спеціальне лікування; при дослідженні лімфовузлів вказати аналіз крові, зскрібків ендометрію, молочних залоз – початок і кінець останньої нормальної менструації, характер порушення менструальної функції, дату початку кровотечі).

9. Клінічний діагноз _____

Лікуючий лікар _____

(П.І.П.)

(підпис)



МедіС

Діагностичний
центр

м. Львів,
вул. Некрасова 35 В
тел. (097) 475-94-73

Ліцензія МОЗ України АВ № 511328
від 30.12.2009 р

10. Патогістологічне дослідження № _____ 11. Дата і час надходження _____
12. Біопсія діагностична _____ 13. Біопсія термінова _____
14. Операційний матеріал _____ 15. Кількість шматочків _____ , блоків _____
16. Методика забарвлення _____
17. Макро- і мікроскопічний опис: _____

18. Патологістологічний висновок (діагноз):

Дата дослідження « ____ » _____ 20 ____ р.

Лікар-патологоанатом _____
(П.І.П.)

(підпис)

Лаборант _____
(П.І.П.)

(підпис)