

آزمایشگاه تخصصی عماد



پرسشنامه آزمایش های پاتولوژی

(خواهشمند است اطلاعات این فرم بدقت مطالعه و جواب داده شود)

تاریخ پذیرش:

تاریخ ارسال:

قانون ثبت و گزارش اجباری بیماری های سرطانی مصوب 1363/07/17 مجلس شورای اسلامی

هریک از اماکن و موسسات درمانی اعم از دولتی و غیردولتی موکف هستند هر بافت و نمونه ای که به هر عنوان از بدن انسان زنده نمونه برداری می شود، مورد آزمایش قرار دهند.

مشخصات مراجعه کننده:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس:

محل تولد: استان شهر محل سکونت: استان شهر

آدرس دقیق دائمی:

شماره تلفن ثابت: (با ذکر کد شهرستان) شماره تلفن همراه:

مشخصات پزشک معالج:

نام و نام خانوادگی پزشک: شماره نظام پزشکی:

اطلاعات مربوط به نمونه:

نام مرکزی که نمونه برداری در آنجا انجام شده است: مطب پزشک معالج بیمارستان / درمانگاه:

تاریخ انجام نمونه برداری: (روز)..... / (ماه)..... / (سال)..... تاریخ ارسال به آزمایشگاه: (روز)..... / (ماه)..... / (سال).....

محل دقیق عضو نمونه برداری شده:

تشخیص بالینی:

سایر اطلاعات بیماری:

مهمترین شرح حال بالینی:

مهمترین یافته های پاراکلینیکی (نتایج آزمایش های تشخیصی، تصویر برداری، سونوگرافی و غیره):

مدارک پیوست شامل: آزمایش سونوگرافی تصویر برداری اندوسکوپی و کلونوسکوپی سایر موارد

ارسالی از آزمایشگاه: کد شماره پذیرش آزمایشگاه: تحویل گیرنده: