



Название направляющего учреждения

Код направляющего учреждения

Фамилия врача И.О. врача

Контактный телефон пациента ; врача

Фамилия пациента Имя пациента

Отчество пациента Пол пациента Мужской Женский

Дата рождения пациента

Код пациента Беременность Да Нет Срок беременности Недель День цикла Менопауза лет

Время взятия образца

Диагноз Дата взятия образца

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА

Биопсия первичная Биопсия повторная Указать № первичной биопсии Дата первичной биопсии

Клинический диагноз

Эндоскопическая картина

Диагноз после эндоскопии

Флаккон	Количество кусочков, шт.	Локализация, характер биопсийного (операционного) материала, примечание
1		
2		
3		
4		
5		

<p>ШТРИХКОД ПРОБЫ</p> <input type="text"/>	<p>Выберите один из видов биоматериала</p> <p><input type="checkbox"/> биоптат пищевода <input type="checkbox"/> биоптат желудка <input type="checkbox"/> биоптат кишечника</p> <p><input type="checkbox"/> биоптат гортани <input type="checkbox"/> биоптат трахеи <input type="checkbox"/> биоптат бронха</p>
	<p><input type="checkbox"/> 200017 Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности до 3-х кусочков</p> <p><input type="checkbox"/> 200018 Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности от 4-х до 7-ми кусочков</p> <p><input type="checkbox"/> 200019 Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности от 8-ми до 10-ти кусочков</p> <p><input type="checkbox"/> 200020 Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала четвертой категории сложности до 5-ти кусочков + Выявление <i>Helicobacter pylori</i></p>

Подпись врача, направляющего биопсийный (операционный) материал на исследование

