

تاریخ:

شماره:

پیوست:



آزمایشگاه‌های یکپارچه پزشکی

درخواست پاتولوژی، مشاوره و IHC Pathology/ Consultation/ IHC Request

شماره نمونه پاتولوژی: <small>لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.</small>	نام و نام خانوادگی: جنسیت: کد ملی: تاریخ تولد: / / سن: تلفن همراه: تلفن ثابت: نام پزشک: شماره پذیرش (در آزمایشگاه مبدا): بیمارستان / کلینیک / آزمایشگاه ارسال کننده:
نمونه پاتولوژی	
روش و محل‌های نمونه‌برداری:	
وضعیت فیکساسیون: <input type="checkbox"/> فیکساتیو دارد <input type="checkbox"/> فیکساتیو ندارد <input type="checkbox"/> فیکس شده <input type="checkbox"/> بافت تازه	
مدارک پاراکلینیک موجود:	
IHC و مشاوره	
برگه گزارش پاتولوژی قبلی به شماره از آزمایشگاه / بیمارستان	
نوع درخواست: <input type="checkbox"/> مشاوره و IHC <input type="checkbox"/> IHC <input type="checkbox"/> مشاوره <input type="checkbox"/> موارد دیگر	
شماره و تعداد لام: شماره و تعداد بلوک: تعداد مارکر IHC درخواست شده:	
شماره جواب‌های پاتولوژی قبلی (در صورت وجود):	

تهران، میدان ونک، خیابان برزیل شرقی، خیابان شمس لاهیجانی،
پلاک ۲۳، مجتمع اداری رویال ونک، طبقه دوم کد پستی: ۱۴۳۵۶۹۱۴۳۴۲
تلفکس: ۰۲۱ - ۸۸۶۶۱۴۲۶ | ۰۲۱ - ۸۸۶۶۳۲۱۷

colifelabs.com | info@colifelabs.com | colife_labs