کولایف
آزمایشگاه‌های یکپارچه پزشکی

شماره پذیرش: .....
تاریخ پذیرش: .....

درخواست سیتولوژی
Cytology Request

شماره نمونه پاتولوژی:	نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... جنسیت: .....
لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.	تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... سن: ..... تلفن همراه: ..... تلفن ثابت: .....
	نام پزشک: ..... شماره پذیرش (در آزمایشگاه مبدا): .....
	بیمارستان / کلینیک / آزمایشگاه ارسال‌کننده: .....

روش نمونه‌برداری:

1) □ BAL 2) FNA from: □ Thyroid □ Breast □ Others: ..... 3) □ Pleural Tap 4) □ Ascitic Fluid
5) □ Breast Discharge 6) □ Urine Cytology 7) □ Others

محل(های) نمونه: .....

شرح عمل: .....
.....

سابقه بیماری: .....

یافته‌های بالینی: .....

یافته‌های تصویری: .....

یافته‌های آزمایشگاهی: .....

تشخیص‌های افتراقی: .....

جواب‌های سیتولوژی قبلی (در صورت وجود): .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

تهران، خیابان شریعتی، بالاتر از میرداماد، خیابان منظرنژاد
پلاک ۵۳، طبقه اول تلفن ۴۵۴۲۳-۰۲۱