

شماره:

تاریخ:

درخواست پاتولوژی، مشاوره و IHC
Pathology/ Consultation/ IHC 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 ارسال کننده:

نمونه پاتولوژی

روش و محل‌های نمونه‌برداری:

وضعیت فیکساسیون: فیکساتیو دارد فیکساتیو ندارد فیکس شده بافت تازه

مدارک پاراکلینیک موجود:

مشاوره و IHC

برگه گزارش پاتولوژی قبلی به شماره از آزمایشگاه / بیمارستان

نوع درخواست: مشاوره IHC مشاوره و IHC موارد دیگر

شماره و تعداد لام: شماره و تعداد بلوک: تعداد مارکر IHC درخواست شده:

شماره جواب‌های پاتولوژی قبلی (در صورت وجود):

