

ORAL BİYOPSİ VE SİTOLOJİK MATERYAL GÖNDERME FORMU

Hastanın:

Adı - Soyadı:

Yaşı: Cinsiyeti: Doğum Yeri:

İşi:

Önceki Biyopsi İle İlgili Bilgiler

Patoloji Laboratuvarının Adı:

Rapor Tarihi:

Biyopsi Numarası:

Patolojik Tanı:

Materyalin:

Alındığı Gün: .....

Alınma Şekli: İnsizyonel Biyopsi

Küretaj

Enükleasyon

Tru- cut Biyopsi

Smear/Fırçalama

İnce İğne Aspirasyonu

Eksizyonel Biyopsi

Geniş Eksizyon

Rezeksiyon

Punch Biyopsi

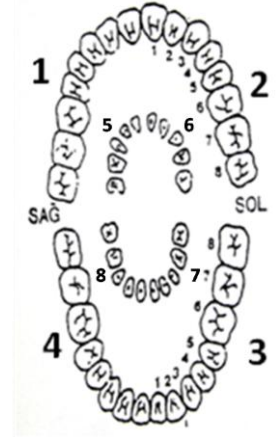
Smear/Sıyırma

Diğer:.....

Alındığı Yer: .....

Kemik İçi

Yumuşak Doku



Gönderenin:

Adı -Soyadı:.....

Hastane/ Anabilim Dalı/ Bilim Dalı/ Klinik/Muayenehane:.....

Tel: 0... /... .. Dahili:.... Cep Tel: 0.../... .. e-posta:.....@.....

Klinik Bilgiler:

Yakınması:.....

Tıbbi Öyküsü:.....

Klinik Bulgular: .....

Lezyonla İlişkili Dişlerin Durumu: Canlı  Cansız  Gömük  Diş Yokluğu

Lezyonla İlgili Bilgiler Marsupiyalizasyon  Tarihi : .. /.. / .... Yineleme

Laboratuvar Bulguları: .....

Radyolojik Bulgular:.....

Operasyon Bulguları:.....

Klinik Tanı:.....

Kemikten yapılan biyopsilerde hastaya ait tüm görüntülemelerin ve raporlarının biyopsi ile birlikte gönderilmesi rica olunur. Görüntülemeler ve raporları patoloji raporu ile birlikte geri verilecektir.