

شماره پذیرش:
شماره سیتولوژی:
تاریخ پذیرش:

فرم هیستوپاتولوژی-
ایمونو هیستوشیمی



| | | | |
|-------------------------|-------------|------------------------|---|
| نام و نام خانوادگی: | نام پدر: | سن: | جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن |
| آدرس: | | | |
| تلفن ثابت: | تلفن همراه: | تاریخ نمونه برداری: | |
| محل و سمت نمونه برداری: | | نام پزشک بیوپسی کننده: | |
| تاریخ برداشت نمونه : | | | |

مراجعه کننده محترم جهت تسریع در انجام آزمایش، لطفاً به کلیه سوالات زیر به دقت پاسخ دهید.

تاریخچه: لطفاً سابقه ای از شروع، سیر بیماری و امتحانات رادیولوژی خود را شرح دهید:

توجه : در اولین فرصت گزارش آندوسکوپی و یا جواب آزمایش بافتی قبلی خود را به این آزمایشگاه ارسال نمایید.