	آزمایشگاه پاتوبیولوژی آزادی	شماره سند: ZL-96-QC-302
	فرم درخواست بررسی نمونه بافتی پاتولوژی	شماره بازنگری: ۰۱

قانون ثبت و گزارش اجباری بیماری های سرطانی مصوب ۱۳۶۳/۰۷/۱۷ مجلس شورای اسلامی
هر یک از اماکن و موسسات درمانی اعم از دولتی و غیر دولتی موکف هستند هر بافت و نمونه ای که به هر عنوان از بدن انسان زنده نمونه برداری می شود، مورد آزمایش قرار دهند.

مشخصات مراجعه کننده:
نام و نام خوانوادگی:..... نام پدر:..... سن:..... جنس:.....
محل تولد: استان:..... شهر:..... محل سکونت: استان:..... شهر:.....
آدرس دقیق دائمی:.....
شماره تلفن ثابت: (با ذکر کد شهرستان)..... شماره تلفن همراه: .....

مشخصات پزشک معالج:
نام و نام خانوادگی پزشک: ..... شماره نظام پزشکی:.....

اطلاعات مربوط به نمونه:
نام مرکزی که نمونه برداری در آنجا انجام شده است:
☐ مطب پزشک معالج ☐ بیمارستان/ درمانگاه: .....
تاریخ انجام نمونه برداری: (روز) ...../(ماه) ...../(سال) .....
تاریخ ارسال به آزمایشگاه : (روز) ...../(ماه) ...../(سال) .....
محل دقیق عضو نمونه برداری شده:
.....
تشخیص بالینی:
.....
.....

سایر اطلاعات بیماری:
مهمترین شرح حال بالینی:
.....
.....
مهمترین یافته های پاراکلینیکی (نتایج آزمایش های تشخیصی، تصویر برداری، سونوگرافی، غیره):
.....
.....
مارک پیوست شامل: ☐ آزمایش ☐ سونوگرافی ☐ تصویربرداری ☐ اندوسکوپی و کلونوسکوپی ☐ سایر موارد.....

ارسالی از آزمایشگاه: ..... کد:..... شماره پذیرش آزمایشگاه: .....تحویل گیرنده: .....