

Patologické oddělení

Průvodní list k histologickému (cytologickému) a molekulárně patologickému vyšetření

Žadatel:			Zkratka žadatele:		
IČP:		Odbornost:		Datum žádosti:	
Příjmení a jméno:				Č. pojištěnce:	
Adresa:				Pojišťovna:	
Urgentnost:		Pohlaví:		Narozen/a:	

Indikované vyšetření:

☐ histologie	☐ cytologie	☐ molekulární genetika
Způsob odběru:		
Datum a čas odběru (oper.):		Fixace: ☐ 4% formaldehyd ☐ nativ ☐ jiné:
Diagnóza:		
Číselný diagnostický kód:		Dodatkový kód:

Anamnestická data:

Předchozí vyšetření:	
Předchozí terapie:	
Nynější onemocnění vč. topografie odběru:	

Jméno lékaře,
(razítko, podpis):