


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

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

**مراجعه کننده:**  
نام و نام خانوادگی: ..... نام پدر: ..... سن: .....  
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 :  
 مطب پزشک معالج  بیمارستان/ درمانگاه: .....  
تاریخ انجام نمونه برداری: ( ) / ( ) / ( ) .....  
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):  
.....  
.....  
ارک پیوست شامل:  آزمایش  سونوگرافی  تصویربرداری  اندوسکوپی و کلونوسکوپی  سایر موارد.....

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