

تاریخ:
شماره:
پیوست:



آزمایشگاه‌های یکپارچه پزشکی

درخواست سیتولوژی Cytology Request

شماره نمونه پاتولوژی:	نام و نام خانوادگی: کد ملی: جنسیت:
لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید.	تاریخ تولد: / / سن: تلفن همراه: تلفن ثابت:
	نام پزشک: شماره پذیرش (در آزمایشگاه مبدأ):
	بیمارستان / کلینیک / آزمایشگاه ارسال کننده:
روش نمونه برداری:	
1) <input type="checkbox"/> BAL 2) FNA from: <input type="checkbox"/> Thyroid <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Others: 3) <input type="checkbox"/> Pleural Tap 4) <input type="checkbox"/> Ascitic Fluid	
5) <input type="checkbox"/> Breast Discharge 6) <input type="checkbox"/> Urine Cytology 7) <input type="checkbox"/> Others	
محل(های) نمونه:	
شرح عمل:	
سابقه بیماری:	
یافته‌های بالینی:	
یافته‌های تصویری:	
یافته‌های آزمایشگاهی:	
تشخیص‌های افتراقی:	
جواب‌های سیتولوژی قبلی (در صورت وجود):	
.....	

تهران، میدان ونک، خیابان برزیل شرقی، خیابان شمس لاهیجانی،
پلاک ۲۳، مجتمع اداری رویال ونک، طبقه دوم | کد پستی: ۱۴۳۵۶۹۴۳۴۲
تلفکس: ۰۲۱ - ۸۸۶۶۱۴۲۶ | ۰۲۱ - ۸۸۶۶۳۲۱۷

colifelabs.com | info@colifelabs.com |  colife_labs