



Formun bu kısmı tetkiki isteyen HEKİM tarafından doldurulacaktır.

Hastanın Adı, Soyadı:

Hasta ID No:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti: ☐ Erkek ☐ Kadın

HASTA ETİKETİ

Materyalin Alındığı Organ / Doku:

Materyalin Alınma Şekli (Kullanılan Teknik):

Klinik Bilgi:

Klinik Ön Tanı:

SİTOPATOLOJİK TETKİKLER

Adet

☐	Eksfoliyatif Sitoloji (balgam, oral mukoza sürüntüsü vb.)	
☐	Fırçalama (brush) vb. incelemeler	
☐	Vücut sıvıları (Seröz effüzyonlar, idrar yıkama sıvıları, BOS, kit aspirasyonu ve diğer)	
☐	Sıvı bazlı ince tabaka teknolojisi	
☐	Bronş lavajı	
☐	İnce iğne aspirasyon sitolojisi	
☐	Yeterlilik değerlendirme testi	
☐	İmmunositokimyasal tetkikler	
☐	Hazır boyalı preparat incelemesi	

İstemde Bulunan Hekimin;

Adı, Soyadı:

İmza:

İstemde Bulunma Tarihi, Saati:



Formun bu kısmı PATOLOJİ UZMANI tarafından doldurulacaktır.

Sitoloji Laboratuvar No:

Önceki Sitoloji ve / veya Patoloji Laboratuvar No:

Numunenin Laboratuvara Geliş Tarihi, Saati:

Materyalin Alındığı Organ ve Alınış Şekli:

Klinik Bilgi:

Klinik Ön Tanı:

Sitomorfolojik Bulgular:

Tanı:

Kartoteks:

Patoloji Uzmanı'nın;

Adı, Soyadı:

İmza:

Değerlendirme Tarihi, Saati: