

PATOLOGIJOS TYRIMŲ REZULTATŲ APRAŠYMAS

Tyrimo Nr.

Siuntimo atlikti patologijos tyrimą informacija (duomenys perkeliami iš formos Nr. 014-1-1/a):

Asmens kodas:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vardas:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pavardė:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gimimo data:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Amžius: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lytis (V/M): <input type="text"/>
	<i>(metai) (mėnuo) (diena)</i>
Adresas:

Siunčianti įstaiga, skyrius:

Siunčiančio gydytojo vardas, pavardė:

Paciento ligos istorijos / asmens ambulatorinės sveikatos istorijos Nr.

Audinį fiksuojanti medžiaga:

KLINIKINĖ DIAGNOZĖ:

.....

Svarbiausi klinikiniai duomenys / pageidaujami specialūs tyrimai:

Biopsija: Intraoperacinis tyrimas: Operacinė medžiaga: Citopatologinis tyrimas:

Operacijos / procedūros pobūdis:

Histologinio / citopatologinio objekto apibūdinimas:

Medžiagos paėmimo data:

(metai) (mėnuo) (diena) (valanda) (min.)

Tyrimą atliekančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) dalis (pildo patologijos laboratorija):

Medžiagos gavimo data:

(metai) (mėnuo) (diena) (valanda) (min.)

Makroskopinio tyrimo aprašymas:

.....

.....

.....

Mikroskopinio tyrimo aprašymas:

IŠVADA / DIAGNOZĖ:

Pastaba:

Procedūros kodai: 1) x 2) x 3) x

Ligos kodas (pagal TLK-10-AM): .

Morfologinis kodas (pagal ICD-O-3) / / Kodas pagal SNOMED CT

Tyrimą atliko:

(pareigos, vardas, pavardė, telefono numeris)

(parašas)

Atsakymo data:

(metai)

(mėnuo)

(diena)