**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi**

**Milli Onkologiya Mərkəzi**

**Patositomorfologiya Laboratoriyası**

**Qida borusu; mədə; bağırsaqlar**

**HİSTOLOJİ ANALİZƏ GÖNDƏRİŞ**

**S.A.A**.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cins: K□ Q□ Doğum tarixi/yaş:

Klinika: Şöbə:

Həkim:

**Klinik diaqnoz və ya təxmin edilən diaqnoz:**

**Qısa klinik-instrumental-laborator məlumat:**

**Dərmanlar qəbulu: (bəli; xeyr; hansı preparat)**

**Tarix/ Biopsiya / Əməliyyat / Materialın qeydiyyatı:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Əvvəlki biopsiya və ya əməliyyat nəticəsi (olubsa):

**Nümunələrin alındığı nahiyələr və sayı**

Götürülmə tarixi: Əlaqə: (telefon və ya E-poçt):