**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi**

**Milli Onkologiya Mərkəzi**

**Patositomorfologiya Laboratoriyası**

**Qalxanabənzər vəzi**

**SİTOLOJİ / HİSTOLOJİ ANALİZƏ GÖNDƏRİŞ**

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

**Cins:**  K . Q . Doğum tarixi:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Klinika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Şöbə:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

X/T:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A/K:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

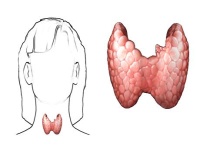
**Klinik və ya təxmin edilən diaqnoz:**

**Qısa klinik, laborator, ultrasəs müayinə məlumatı:**

**Aparılmış müalicə:**

**Punksiya, biopsiya:** birincili təkrar

**Punksiya və ya biopsiya nahiyəsi / yaxmaların və ya bioptatların sayı:**

****

**ƏMƏLİYYAT / MATERİAL QEYDİYYATI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Götürülmə tarixi: Imza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pasientlə əlaqə telefonu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Göndərən həkimin adı, soyadı\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Biopsiyanı götürən həkimin adı, soyadı\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_