فرم درخواست سیتولوژی

نام:	**نام خانوادگی:**	**کد پذیرش:**
سن:	**جنس:**	**کد ملی :**
نام پزشک درخواست کننده:		**بیمارستان/کلینیک:**

- **روش نمونه برداری :**

O **BAL** O **FNA** (O thyroid O Breast O others)

O **Pleural tap** O **Ascitic Fluid**

O **Breast discharge** O **Urine Cytology**

O **Others**

- **محل (های) نمونه :**

- **شرح عمل :**

- **سابقه بیماری:**

- **یافته های بالینی :**

- **یافته های تصویری:**

- **یافته های آزمایشگاهی :**

- **تشخیص های افتراقی :**

- **جواب پاتولوژی قبلی (در صورت وجود):**

نام، مهر و امضاء پزشک: