



فرم درخواست پاتولوژی

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

روش نمونه برداری:

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: