

**Заполнять ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ буквами**

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: / /  Пол:   Дата взятия образца: / /  Время взятия образца:      
число      месяц      год      муж      жен      число      месяц      год      час      мин.

Диагноз:  Номер страхового полиса:

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ****«Окраска по Романовскому-Гимзе»**

<input type="checkbox"/> 500	Цитологическое исследование материала, полученного при хирургических вмешательствах	
<input type="checkbox"/> 502	Исследование соскобов и отпечатков кожи (кроме грибов) и слизистых (в том числе соскобы из влагалища)	
<input type="checkbox"/> 512	Исследование соскобов (мазков) со слизистой оболочки полости носа (назальный секрет), в том числе на наличие эозинофилов	
<input type="checkbox"/> 503	Исследование соскобов и отпечатков опухолей и опухолеподобных образований	
<input type="checkbox"/> 504	Исследование эндоскопического материала	
<input type="checkbox"/> 514	Исследование эндоскопического материала на наличие Helicobacter pylori	
<input type="checkbox"/> 505Ц	Исследование соскобов эктоцервикса	обозначить тип соскоба
	Исследование соскобов эндоцервикса	
	Исследование смешанных соскобов (экзо- и эндоцервикса в одном соскобе)	
<input type="checkbox"/> 506	Исследование аспиратов из полости матки (мазки), отпечатки с внутриматочной спирали	
<input type="checkbox"/> 507	Исследование транссудатов, экссудатов, секретов, экскретов (в том числе мочи; выделений из молочной железы)	
<input type="checkbox"/> 508	Исследование мокроты	
<input type="checkbox"/> 509	Исследование пунктатов молочной железы и кожи	
<input type="checkbox"/> 510	Исследование пунктатов других органов и тканей (кроме костного мозга)	

**«Окраска по Папаниколау-Рар-тест»**

<input type="checkbox"/> 517Ц	Исследование соскобов эктоцервикса	обозначить тип соскоба
	Исследование соскобов эндоцервикса	
	Исследование смешанных соскобов (экзо- и эндоцервикса в одном соскобе)	

**«Окраска по Папаниколау-Рар-тест»**

<input type="checkbox"/> 519	Исследование материалов других локализаций
------------------------------	--

Материал для исследования: \_\_\_\_\_

**Способ взятия материала (нужное подчеркнуть)**

соскоб, отпечаток, мазок-перепечаток (хирургический, эндоскопический материал), аспирационная биопсия (пункция)

Дата последней менструации \_\_\_\_\_ Менопауза \_\_\_\_\_

**Клинические данные**

(продолжительность заболевания, проведенное лечение; при опухолях – точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы,

наличие других опухолевых узлов; при исследовании: лимфоузлов указать анализ крови; соскобов эндометрия – дату начала и окончания последней нормальной менструации,

характер нарушения менструальной функции, дату начала кровотечения).

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Лечебные мероприятия (гормоно-, химио-, лучевая терапия, антибиотики) \_\_\_\_\_

Маркировка материала (указать место взятия) \_\_\_\_\_

Количество стекол \_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_