ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва, ул. 4-ая Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3
тел./факс: (800) 200 363 0, (495) 363 0 363, www.invitro.ru

ИНВИТРО®

Заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: число / месяц / год Пол: муж жен Номер полиса: Номер ДК:

Диагноз: Дата и время взятия образца: число / месяц / год час : мин

Предполагаемая дата начала заболевания: число / месяц / год ФИО врача:

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею. подпись/расшифровка число / месяц / год

Контейнер(ы) промаркирован(ы) в моем присутствии.

НАПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛА НА ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

511	Гистологическое исследование биопсийного материала и материала, полученного при хирургическом вмешательстве
524	Гастрит, ассоциированный с Helicobacter pylori (гистологический профиль)
516	Гистохимическое исследование на Helicobacter pylori
525	Иммуногистохимическое исследование (рецепторы к эстрогенам, прогестерону)
5110	Консультация гистологических препаратов (1 стекло + 1 парафиновый блок) при заказе консультации каждая дополнительная пара «стекло + парафиновый блок» оформляется отдельным ИНЗ

Описание материала: _____

Проведенные ранее биопсии (где, когда, результат) _____

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 нормальной последней менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала кровотечения)

Клинический диагноз: _____

Клинический диагноз + сопутствующие заболевания: _____

Лечебные мероприятия (гормоно-, химио-, лучевая терапия, антибиотики): _____

Маркировка материала, число объектов: _____

ФИО лечащего врача: _____