INVITRO

ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва,
ул. 4-ая Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3, 3 этаж, помещение I, комната 3.
+7 (800) 200 363 0, +7 (495) 363 0 363, www.invitro.ru

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (число / месяц / год) Пол ☐ м ☐ ж Номер полиса Номер ДК

Тел./моб.: sms: ☐ Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

☐ **Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приёмом биоматериала.**

☐ **Пробирка (и) промаркирована (ы) в моём присутствии.**

☐ **С данными бланка ознакомлен (а), претензий не имею.**

Подпись/расшифровка

☐☐ / ☐☐ / ☐☐ (число / месяц / год)

БИОПСИЙНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕРМАТОЗОВ

☐	534КОЖА	Биопсийная диагностика дерматозов – морфологическое исследование биоптатов в целях диагностики заболеваний кожи (кроме новообразований) (Pathology of skin biopsies)	014

Исследуемый биоматериал – биоптат образования (патологического очага) кожи, фиксированный в 10% растворе забуференного формалина

– Контейнер для транспортировки – специализированный контейнер для транспортировки гистологического материала

Клинические данные и клинический диагноз _____

Количество патологических очагов (высыпания, папулы, покраснение) _____

Локализация очагов _____

Распространенность _____

Проведенные ранее биопсии (где, когда, результат)**:** _____

Наличие местных симптомов (зуд, жжение, болевой синдром, шелушение, изменение цвета очага) _____

_____

Подробный анамнез жизни, в том числе – наличие профессиональных, инфекционных этиологических факторов _____

_____

Количество объектов _____

Лечебные мероприятия _____

Маркировка материала _____

Способ взятия материала _____

ФИО лечащего врача: _____