

■ PATSIENDI ANDMEDNimi _____

Isikukood _____

Sugu N M

Diagnoos _____

■ TELLIJANDMEDSaatev asutus _____

Osakond _____

Arst _____

Tel _____

■ Proovimaterjal

Võtmise kuupäev _____

 esmane korduv*Proovi võtmisel kehtivad lepingus kokkulepitud tingimused***ÜLDTSÜTOLOOGILINE UURING****Materjal**

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Röga | <input type="checkbox"/> Munasari | <input type="checkbox"/> Luu, luuüdi |
| <input type="checkbox"/> Bronh | <input type="checkbox"/> Kops | <input type="checkbox"/> Lümfisõlm |
| <input type="checkbox"/> Ureetra | <input type="checkbox"/> Söögitoru | <input type="checkbox"/> Pehmed koed |
| <input type="checkbox"/> Uriin | <input type="checkbox"/> Magu | <input type="checkbox"/> Rinnanibu eritis |
| <input type="checkbox"/> Kilpnääre | <input type="checkbox"/> Põrn | <input type="checkbox"/> Spinaalvedelik |
| <input type="checkbox"/> Kõhunääre | <input type="checkbox"/> Maks | <input type="checkbox"/> Pleuravedelik |
| <input type="checkbox"/> Rinnanääre | <input type="checkbox"/> Suuõõs | <input type="checkbox"/> Perikardivedelik |
| <input type="checkbox"/> Eesnääre | <input type="checkbox"/> Pea, kael | <input type="checkbox"/> Peritoneumivedelik |
| <input type="checkbox"/> Süljenääre | <input type="checkbox"/> Muu materjal: _____ | |

Fikseeritud

-
- alkoholis
-
- muus fiksaatoris
-
- fikseerimata