

<p><b>■ PATSIENDI ANDMED</b></p> <p>Nimi .....</p> <p>.....</p> <p>Isikukood .....</p> <p>Sugu: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M</p> <p>Diagnoos .....</p>	<p><b>■ TELLIJA ANDMED</b></p> <p>Saatev asutus .....</p> <p>.....</p> <p>Osakond .....</p> <p>Arst .....</p> <p>Tel .....</p>																														
<p><b>■ PROOVIMATERJAL</b></p> <p><b>Võtmise kuupäev</b> .....</p> <p><input type="checkbox"/> Esmane <input type="checkbox"/> Korduv</p> <p><i>Proovi võtmisel kehtivad lepingus kokkulepitud tingimused</i></p>																															
<p><b>ÜLDTSÜTOLOOGILINE UURING</b></p> <p><b>Materjal</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rõga</td> <td><input type="checkbox"/> Munasari</td> <td><input type="checkbox"/> Luu, luuüdi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bronh</td> <td><input type="checkbox"/> Kops</td> <td><input type="checkbox"/> Lümfisõlm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ureetra</td> <td><input type="checkbox"/> Söögitoru</td> <td><input type="checkbox"/> Pehmed koed</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Uriin</td> <td><input type="checkbox"/> Magu</td> <td><input type="checkbox"/> Rinnanibu eritis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kilpnääre</td> <td><input type="checkbox"/> Põrn</td> <td><input type="checkbox"/> Spinaalvedelik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Köhunääre</td> <td><input type="checkbox"/> Maks</td> <td><input type="checkbox"/> Pleuravedelik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rinnanääre</td> <td><input type="checkbox"/> Suuõõs</td> <td><input type="checkbox"/> Perikardivedelik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eesnääre</td> <td><input type="checkbox"/> Pea, kael</td> <td><input type="checkbox"/> Peritoneumivedelik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Süljenääre</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muu materjal: .....</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Fikseeritud</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alkoholis <input type="checkbox"/> Muus fiksaatoris <input type="checkbox"/> Fikseerimata</p>		<input type="checkbox"/> Rõga	<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"/> Köhunääre	<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: .....		
<input type="checkbox"/> Rõga	<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"/> Köhunääre	<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: .....																															