

SAATEKIRI

Patoloogiakeskus
Tel. 617 2496
SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla
J. Sütiste tee 19, 13419 Tallinn

Saatja asutus
Osakond
Arst/kood
Telefon

PATSIENT

Nimi
Isikukood
Hgl nr.
Proovi võtmise kuupäev/kellaaeg
Proovi võtja
Diagnoos
Analüüsiks saatmise kuupäev

TSÜTOLOOGILINE UURING

CITO Telefoni nr _____ Arst _____ Põhjus _____ Operatsioon kestab <input type="checkbox"/> lõpetatud <input type="checkbox"/>	Uuring nr _____ Saabus _____ 20 ____ a. Kell _____ Laborant _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Kliinilised andmed

Diagnoos _____ Kood

Operatsioon _____

Olulisem leid (haigestumise aeg, protsessi ulatus, topograafia)

Onkoanamnees, ravi

ESMANE KORDUV uuring Varasem tsüto / hist, asutus _____
Nr. _____ a. Leid _____

Uurimismaterjal Võtmise aeg _____ kell _____

EKSFOLIATIIVNE UURING

Rõga
 Bronh
 Suuõõs
 Magu
 Uriin

Pleuravedelik
 Perikardivedelik
 Peritoneumivedelik
 Spinaalvedelik
 Muud

PEENNÕELUURING

Kops
 Maks
 Kõhunääre
 Põrn
 Rinnanääre

Kilpnääre
 Eesnääre
 Süljenääre
 Lümfisõlm
 Munasari

Pea, kael
 Pehmed koed
 Luu, luuüdi
 Muud

Fiksatsioon Fikseerimata Alkohol Muu

Tsütoloogiline leid

Haigekassa hinnakood / Arve

Valmis (kuup) _____ Arsti nimi, kood, allkiri _____