

Cito!

PATSIENT

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood: _____

Vanus: _____ Sugu: M N



Täidab labor

UURINGU nr: _____

Saabus laborisse (kuupäev, kellaeg): _____

TELLIJA

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Raviasutus/osakond: _____

Arsti kood: _____ Telefon: _____

MATERJALI VÕTJA

Tellija ja materjali võtja on samad

Ees- ja perekonnanimi: _____ Telefon: _____

KLINIILISED ANDMED (diagnoos, olulisem leid, ravi):

Varasemad uuringud:

UURIMISMATERJAL

Materjali võtmise aeg (kuupäev, kellaeg): _____

Võtmise viis: Äie Puutepreparaat Kaabe Loputusvedelik Aspiraat Punktaat Peennõel
 Muu (täpsustada): _____

Paige/materjal (ja muu täpsustav info):

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kilpnääre | <input type="checkbox"/> Magu | <input type="checkbox"/> Pleuravedelik | <input type="checkbox"/> Bronh (harjaga) |
| <input type="checkbox"/> Rinnanääre | <input type="checkbox"/> Söögitoru | <input type="checkbox"/> Peritoneumivedelik | <input type="checkbox"/> Bronh (loputusvedelik) |
| <input type="checkbox"/> Süljenääre | <input type="checkbox"/> Sapijuha | <input type="checkbox"/> Perikardivedelik | <input type="checkbox"/> Kops |
| <input type="checkbox"/> Lümfisõlm | <input type="checkbox"/> Kõri | <input type="checkbox"/> Liigesevedelik | <input type="checkbox"/> Rõga |
| <input type="checkbox"/> Luuüdi | <input type="checkbox"/> Nahalt | <input type="checkbox"/> Liikvor | <input type="checkbox"/> Uriin |
| <input type="checkbox"/> Muu (täpsustada): _____ | | | |

Fiksatsioon:

- Fikseerimata
 Alkohol
 Muu: _____

NB! Preparaadiklaasile markeerida hariliku pliiatsiga patsiendi ees- ja perekonnanimi (trükitähtedega) ning isikukood/sünnikuupäev

VASTUS (Täidab labor): Proovimaterjal: Adekvaatne Mitteadekvaatne **Tulemus:** _____

Paige: _____

Hinnakood:

Laborant (nimi, allkiri): _____

Kuupäev: _____

Arst (nimi, kood, allkiri): _____

Kuupäev: _____