место под штрих-код

# ГИСТОЛОГИЯ

8-800-100-363-0
www.citilab.ru
ситилаб

Выбранные исследования помечаются только крестиком ☒. Полностью заштрихованный квадрат ▥ означает отмену исследования.
Поля заполняются ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ черной шариковой ручкой.

**Фамилия:** Ф А М И Л И Я  П А Ц И Е Н Т А
**Имя:** И М Я  П А Ц И Е Н Т А
**Отчество:** О Т Ч Е С Т В О  П А Ц И Е Н Т А
**Дата рождения:** Д Д . М М . Г Г Г Г  **пол:** М. ☐ М  Ж. ☐ Ж

**Дата взятия пробы:** Д Д . М М . Г Г
**Время взятия пробы:** Ч Ч : М М
**Код ЛПУ:** ☐☐☐☐☐  **Код подр.:** ☐☐☐☐
**Пробу взял:** Ф А М И Л И Я
**Врач:** Ф А М И Л И Я

**Заполнение анкеты обязательно!**

☐ **Первичное**

☐ **Вторичное***  * **Укажите данные первичного исследования:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐  **Дата заявки:** Д Д . М М . Г Г

**Дата операции:** Д Д . М М . Г Г

**Вид операции:**

**Клинические данные и диагноз:**

**Количество и описание биоматериала**

**Обязательно указать при направлении на исследование гинекологического материала**
**Дата последней менструации:** Д Д . М М . Г Г  **Менопауза:** ☐☐ **лет**  **Отсутствие цикла/аменорея** ☐

**Обязательно указать при направлении на исследование материала плаценты**
**Дата родов:** Д Д . М М . Г Г  **Срок беременности (недели)** ☐☐

**Клинический диагноз (состояние плода):**

**Акушерский анамнез:**

**Пол плода** м ж  **Вес плода** ☐☐☐☐  **Длина плода** ☐☐ **см**  **Состояние новорожденного: Живой / Мертвый** (нужное подчеркнуть)  **Апгар** ☐☐

**Безводный период:** ☐☐☐  **Цвет околоплодных вод** ☐☐☐☐☐  **Продолжительность родов** **I период** **II период** **III период**

**Осложнение беременности и родов**

**Вес плаценты при рождении:** ☐☐☐  **Дополнительные исследования** (если проводились)

**Биоптаты органов и тканей**
☐ 91-40-010 Биоптат

**Новообразования кожи, подкожной жировой клетчатки, слизистых оболочек (невусы, липомы и др)**
☐ 91-40-020 Биоптат

**Материал из цервикального канала и/или полости матки (соскобы, аспираты)**
☐ 91-40-030 Биоптат/ соскоб
☐ 91-42-030 Аспират

**Материал, полученный при хирургическом вмешательстве (орган, часть органа, фрагмент ткани)**
☐ 91-41-040

**Материал эндоскопии желудка с дополнительным окрашиванием на Helicobacter pylory (микроскопия)**
☐ 91-40-100 Биоптат

**Костные образования, фрагменты костей**
☐ 91-40-050 Биоптат (костный)
☐ 91-41-050 Костная ткань (операционный материал)

**Материал сложного органа (молочная железа, предстательная железа и др.), полученный при хирургическом вмешательстве**
☐ 91-41-070

**Плацента** по согласованию с менеджером
☐ 91-57-060

**Пересмотр гистологических препаратов**
☐ 05-00-001

Для заказа исследований на ИГХ – см. оборот бланка

☐☐ **Всего заказано тестов (впишите число)**

место под штрих-код

# ИММУНОГИСТОХИМИЯ

8-800-100-363-0
www.citilab.ru
ситилаб

Выбранные исследования помечаются только крестиком ☒. Полностью заштрихованный квадрат ▥ означает отмену исследования.
Поля заполняются ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ черной шариковой ручкой.

**Фамилия:** Ф А М И Л И Я П А Ц И Е Н Т А
**Имя:** И М Я П А Ц И Е Н Т А
**Отчество:** О Т Ч Е С Т В О П А Ц И Е Н Т А
**Дата рождения:** Д Д . М М . Г Г Г Г **пол:** М. М Ж. Ж

**Дата взятия пробы:** Д Д . М М . Г Г
**Время взятия пробы:** Ч Ч : М М
**Код ЛПУ:** **Код подр.:**
**Пробу взял:** Ф А М И Л И Я
**Врач:** Ф А М И Л И Я
**Дополнит. информация:**

**Заполнение анкеты обязательно!**

☐ **Первичное**

☐ **Вторичное***  * **Укажите данные первичного исследования:**  **Дата заявки:** Д Д . М М . Г Г

**Дата операции:** Д Д . М М . Г Г

**Вид операции:**

**Клинические данные и диагноз:**

**Количество и описание биоматериала**

## ИММУНОГИСТОХИМИЯ (ИГХ)

**Выполняется только по гистологическим блокам и стеклам с предоставлением протокола операции и гистологического заключения**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | 91-49-110 | ИГХ исследование (1 антитело)* |
| | | * Кол-во антител определяет врач-патоморфолог, после гистологического исследования или пересмотра готовых гистологических препаратов. Если врачом не прописано кол-во антител, то сначала назначается услуга 05-00-001 («Пересмотр гистологических препаратов») |
| ☐ | 91-49-114 | ИГХ исследование опр-я рецептивности эндометрия «Окна имплантации» (кол-во ER, PgR, CD56, CD138, LIF рецепторов, в т.ч. подсчет кол-ва пиноподий). Взятие б/м только на 20–22 день цикла |
| ☐ | 91-49-115 | ИГХ исследование опр-я рецептивности эндометрия «Диф. диагностика хр. эндометриита» (кол-во CD16, CD20, CD138, CD56, HLA-DR рецепторов). Взятие б/м в стадию пролиферации |
| ☐ | 05-00-001 | Пересмотр гистологических препаратов |

| | | |
|---|---|---|
| ☐ | 96-49-600 | FISH – исследования для дифференциальной диагностики |
| ☐ | 96-49-601 | Определение HER2 статуса опухоли методом FISH |
| ☐ | 96-49-602 | Определение HER2 статуса опухоли методом CISH |
| ☐ | 96-49-603 | Определние амфликации TOPO2A методом FISH при раке молочной железы |
| ☐ | 96-49-604 | Определение перестройки гена ALK методом FISH |
| ☐ | 96-49-620 | Определение мутаций гена K-RAS |
| ☐ | 96-49-621 | Мутация гена BRAF |
| ☐ | 96-49-622 | Определение мутаций гена N-RAS |
| ☐ | 96-49-623 | Определение мутации гена EGFR |
| ☐ | 96-49-624 | Дифференциальная диагностика пролиферирующей лейомиомы и лейомиосаркомы матки |

Выбранные исследования помечаются только крестиком ☒
Поля с буквами заполняются ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ.
А Б В Г Д Е Ё Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Ш Щ Ъ Ы Ь Э Ю Я 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

☐☐ **Всего заказано тестов (впишите число)**