

Фамилия:	Ф	А	М	И	Л	И	Я		П	А	Ц	И	Е	Н	Т	А	Дата	Д	Д	.	М	М	.	Г	Г		
Имя:	И	М	Я		П	А	Ц	И	Е	Н	Т	А					Время	Ч	Ч	:	М	М					
Отчество:	О	Т	Ч	Е	С	Т	В	О		П	А	Ц	И	Е	Н	Т	А	Код					Код				
Дата рождения:	Д	Д	.	М	М	.	Г	Г	Г	Г	пол:	М.	М	Ж.	Ж	Пробу	Ф	А	М	И	Л	И	Я				
Срок берем. (нед.):			День цикла:			Мено-пауза:			Отсутствие цикла/аменорея:							Врач:	Ф	А	М	И	Л	И	Я				
Дополнит. информация:																											

! Заполнение анкеты обязательно!

Дата последней менструации: Д Д . М М . Г Г Г Г Менопауза : лет

Диагноз:

Проводимое лечение:

Ф.И.О. врача, направляющего материал: Ф А М И Л И Я В Р А Ч А Подпись врача:

Тип материала: Пайпель-биопсия в жидкой транспортной среде Аспират из полости матки в жидкой транспортной среде

Стандартное цитологическое исследование эндометрия (обзорная микроскопия) (материал взят в жидкую транспортную среду) 90-69-702

Дополнительно к 90-69-702:*

Индекс пролиферативной активности: - Ki 67 90-69-712

Стандартное цитологическое исследование эндометрия (обзорная микроскопия) обязательна! Перед любой панелью ИЦХ.

! *Данные панели также возможно оформить отдельным дозказом к проведенному ранее заказу на стандартное цитологическое исследование эндометрия (не позднее, чем через 10 дней после его размещения). В случае дозказа укажите, пожалуйста, дату и номер первичной заявки:

! Дата первичной заявки: . . Номер первичной заявки:

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

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)

место под штрих-код
ИЦХ-01 20415