



## MÁJBIOPSZIÁS VIZSGÁLTKÉRŐ LAP TRANSZPLANTÁLT MÁJBÓL

BETEG NEVE:					SZÜLETÉSI DÁTUM:					
TAJ:				LAKCÍM:						
AMBULÁNS <input type="checkbox"/>			NAPLÓSZÁM:			FEKVŐ <input type="checkbox"/>		TÖRZSSZÁM:		
BEKÜLDŐ INTÉZET:					BEKÜLDŐ ORVOS:					
OSZTÁLY FINANSZÍROZÁSI KÓDJA:								PECSÉTSZÁM:		
Elérhetőség sürgősség esetén. TEL:					FAX:					
Patológiai konzílium esetén (ha a beteg fekvő) a fekvő osztály kódja is:										

### Anamnesztikus adatok

Májtranszplantáció időpontja:	év	hó	nap
-------------------------------	----	----	-----

Májtranszplantáció indikációja:
---------------------------------

Korábbi biopsziás vizsgálatok:	Iránydiagnózis BNO kódja:
--------------------------------	---------------------------

### Jelen vizsgálatra vonatkozó adatok

Mintavétel ideje:	év	hó	nap	óra	perc
-------------------	----	----	-----	-----	------

Beküldés módja: natív <input type="checkbox"/>	formalin <input type="checkbox"/>	egyéb:
--	-----------------------------------	--------

Beküldés módja: nativ <input type="checkbox"/> formalin <input type="checkbox"/> egyéb:	A vizsgálat sürgőssége: 3 órán belül <input type="checkbox"/> 24 órán belül <input type="checkbox"/> hagyományos <input type="checkbox"/>
--	--

A vizsgálat indikációja/klinikus kérdései:
--

Sürgős vizsgálat esetén értesítendő (név/telefonszám):
--

Dátum

Aláírás

Anyagátvétel: Hétfő - Csütörtök 08:00 - 12:00, Péntek 08:00 - 12:00

### # TEENDŐK NATÍV MINTA ESETÉN!

\* Szállítás fiziológiás sóoldattal átitatott gézben.

\* Amennyiben a szállítási idő meghaladja az 1 órát, az anyagot kérjük hűtve küldjék (<10 °C).