

Kliininen patologia
141420

13.3.2023

Patologian toimisto: (017) 173 483, Näytteiden vastaanotto: 044 711 3482, Fax: (017) 173 469

POTILAAN TIEDOT

Potilaan nimi	Näytteen ottopäivä
Henkilötunnus	Lähettävä osasto / sairaala

LÄHETTÄJÄN TIEDOT

Lähettävä lääkäri	Vastausosoite (jos eri kuin lähettävä osasto)
Allekirjoitus ja nimenselvennös tai leima	Laskutusosoite (jos eri kuin lähettävä osasto)

TUTKIMUKSEEN LIITTYVÄT ERITYISTOIVEET

Vastaus halutaan viimeistään (pvm) _____

puhelimella, no: _____ faksilla, no: _____

Muuta _____

TILATTAVAT TUTKIMUKSET

KUDOSNÄYTE, elin: _____

Pyydetty tutkimus:

<input type="checkbox"/> valomikroskopia	<input type="checkbox"/> elektronimikroskopia
<input type="checkbox"/> immunofluoresenssi	<input type="checkbox"/> tuorenäyte (ilm. klo 8-15)
<input type="checkbox"/> lihasentsyymit	<input type="checkbox"/> pikanäyte (erikseen sovittava)
<input type="checkbox"/> muu: _____	

Fiksaatio/säilytysneste:

<input type="checkbox"/> formaliini
<input type="checkbox"/> tuorenäyte/keittosuola
<input type="checkbox"/> EM-fiksatiivi
<input type="checkbox"/> muu: _____

SOLUNÄYTE

Gynekologinen irtosolunäyte V.m.: _____ P _____ D _____

<input type="checkbox"/> raskaana	<input type="checkbox"/> kierukka	<input type="checkbox"/> sädehoidettu	<input type="checkbox"/> konisoitu
<input type="checkbox"/> menopaussi	<input type="checkbox"/> e-tabletti	<input type="checkbox"/> kohtu poistettu	<input type="checkbox"/> ovariot poistettu
	<input type="checkbox"/> hormoni/paikallishoito	<input type="checkbox"/> kryo-/laser-/elektrokoagul.hoito	

Aiempi Papa-Ik II-V tai Bethesda ASC-US tai enemmän: _____

Muu irtosolunäyte:

<input type="checkbox"/> endometrium (kohdun irtosolunäyte)	<input type="checkbox"/> yskös	<input type="checkbox"/> katetrivirtsa
<input type="checkbox"/> fossa Douglas -huuhtelu	<input type="checkbox"/> bronkusimu	<input type="checkbox"/> virtsa
<input type="checkbox"/> ascites-neste	<input type="checkbox"/> BAL	
	<input type="checkbox"/> pleuraneste	<input type="checkbox"/> selkäydinneste

Ohutneulanäyte, elin: _____

TUTKIMUSPYYNTÖ (Kliiniset tiedot, diagnoosi, hoidot, kysymyksenasettelu):