

	הפניה לביצוע בדיקה היסטולוגית	
עמוד 1 מתוך 2	גרסה מס': 02	טופס מס': F-SOP-061-02

הפניה לביצוע בדיקה היסטולוגית

פרטי הנבדק

מספר ת"ז / דרכון	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	גורם מממן

רקע רפואי רלבנטי: (כולל פרטים על בדיקות, טיפולים וביופסיות קודמות, משך זמן הממצא או המחלה)

תיאור קליני כולל סימפטומים, מוביליות שיניים, אקספנסיה:

מיקום לקיחת הדגימה: (נא לציין את האזור או המיקום המדויק ממנו נלקחה הדגימה)

לרקמה רכה נא לציין : מראה הנגע כולל פני שטח (חלק , דמוי כרובית/פפילרי, צבע, נוכחות כיב או ארוזיה, הפרשה , גודל, סימון לצרכי אוריינטציה)

לרקמה קשה : מיקום הנגע ביחס לשיניים הסמוכות (פריקורונלי או פרי אפיקלי), ויטליות שיניים מעורבות, מראה בצילום או הדמייה, גודל, האם גבולות הנגע מוגדרים, מצב הקורטקסים

******מומלץ לצרף קובץ עם צילום/הדמייה. כתובת לשליחה: admin@lem-lab.com

אבחנה קלינית משוערת _____



מעבדת LEM - מעבדה לפתולוגיה וגילוי מוקדם

	הפניה לביצוע בדיקה היסטולוגית	
עמוד 2 מתוך 2	גרסה מס': 02	טופס מס': F-SOP-061-02

סוג הבדיקה: ביופסיה מדגמית או אקסידיה, האם שימוש בסקלפל/ בייזר/ אלקטרוסרג'

☐ הנני מאשר/ת בזאת שביצעתי התאמה בין פרטי הנבדק על הצנצנת לביו פרטיו על גבי טופס ההזמנה לבדיקה היסטולוגית.

את התשובה נא לשלוח:

1. לפקס _____ 3. לכתובת _____
 2. לדוא"ל _____ 4. אחר _____

תאריך

פרטי הרופא וחתימה

יש לצרף צילום תעודה מזהה (תעודת זהות, דרכון, רישיון נהיגה או תעודה מזהה אחרת)



מעבדת LEM - מעבדה לפתולוגיה וגילוי מוקדם