

נא לא לכתוב במסגרת זו:

מספר בדיקה _____
תאריך קבלה במעבדה _____
תאריך סיום במעבדה _____

אוניברסיטת תל-אביב
בית הספר לרפואת שיניים
המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה

המעבדה להיסטופתולוגיה

בקשה לבדיקה היסטופתולוגית

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שנת לידה _____ מין _____
מספר ת.ז. _____
שם הרופא השולח ושם המחלקה/ מרפאה/ ביה"ח _____
כתובת הרופא השולח _____ מסי טל' _____
תאריך לקיחת הביופסיה: _____

סוג הביופסיה (הקף בעיגול) Punch Excisional Incisional אחר _____
הביופסיה נלקחה באמצעות (הקף בעיגול) Electrosurgery Laser Scalpel אחר _____

המיקום המדויק של הרקמה שנשלחה (צייר גם את המיקום בתרשים):

תיאור קליני של הנגע: _____

ממצאים רנטגניים (נא לצרף תצלומים) _____

משך הזמן שהנגע קיים: _____

סימפטומים קדם גרם הנגע: _____

פרטים נוספים שעשויים להיות חשובים כגון: מחלות סיסטמיות, שיניים לא ויטליות וכו'. נא להוסיף אינפורמציה רבה ככל האפשר: _____

אבחנה קלינית/מבדלת _____

חומר הפיקסציה _____ מצורפים תצלומי רנטגן _____ מצורפים תצלומים קליניים _____

הערות: _____