

FORMULARZ PRZEBIEGU BADAŃ BIOPSJI BŁONY ŚLUZOWEJ JAMY USTNEJ

Imię i nazwisko pacjenta:.....Data wstępnego odkrycia:.....

Informacje o ubezpieczeniu medycznym.....

Nazwa operatora:..... Numer zasady grupy:.....

Kody ubezpieczenia medycznego do danych obszarów anatomicznych:

- Usta.....2/3 przedniej części języka.....1/3 tylnej części języka.....
- Podniebienie..... Zrośnięte dziąsło.....
- Błona śluzowa jamy ustnej/Przedsionek jamy ustnej.....
- Poduszeczka tłuszczowa zatrzonowcowa.....

Wstępny kod ICD:.....Kod ICD potwierdzony laboratoryjnie:.....

Biopsja przez nabłonek (szczotkowanie):

Wykonawca szczotkowania:..... Zabieg wykonano dnia:.....

Poproszono o przeprowadzenie testu na HPV: **Tak / Nie** Zdjęcia wysłano do laboratorium: **Tak / Nie**

Nazwa laboratorium:..... Numer przystąpienia:.....

Odkrycia w laboratorium:..... Wykonawca zabiegu:.....

Data otrzymania wyników przez pacjenta:.....Otrzymano mikroografię: **Tak / Nie**

Rekomendacje laboratorium:.....

Chirurgiczna biopsja (w pełnej okazałości):

Wykonawca biopsji:..... Zabieg wykonano dnia:.....

Zastosowane metody podczas biopsji:..... Rodzaj biopsji: **Wcięcie / Wycięcie**

Poproszono o badanie:..... Zastosowano utrwalacz:.....

Wysłano poprzednie raport(y): **Tak / Nie** Zdjęcia wysłano do laboratorium: **Tak / Nie**

Nazwa laboratorium:..... Numer przystąpienia:.....

Odkrycia w laboratorium:..... Wykonawca zabiegu:.....

Przeprowadzono/Zarekomendowano dodatkowe testy:.....

Data otrzymania wyników przez pacjenta:..... Otrzymano mikroografię: **Tak / Nie**

Rekomendacje laboratorium:.....

Ocenił przez:.....