

# 細胞病理檢查委託單

## 安捷診所附設病理中心

地址：高雄市三民區信國路3號4F  
電話：(07)396-5399 傳真：(07)396-5339

**細胞編號**  
(安捷診所填寫)

|                   |  |             |                            |                            |   |  |              |  |
|-------------------|--|-------------|----------------------------|----------------------------|---|--|--------------|--|
| <b>姓名</b>         |  | <b>性別</b>   | 男 <input type="checkbox"/> | 女 <input type="checkbox"/> | <b>出生日期</b>   |  | <b>病歷號碼</b>  |  |
|                   |  | <b>送檢醫院</b> |                            | <b>送檢醫師</b>                |   | 門診 <input type="checkbox"/><br>床號 <input type="checkbox"/> | <b>身分證號碼</b> |  |
|                   |  |             |                            |                            |   |  | <b>採檢日期</b>  |  |
| <b>檢體來源</b>       | <input type="checkbox"/> 體液 15001C (Body fluid)<br><input type="checkbox"/> 體液+細胞蠟塊 15018B (cellblock)   |             |                            |                            | <input type="checkbox"/> 腹水(Ascites)<br><input type="checkbox"/> 支氣管沖刷(Bronchial brushing / washing)<br><input type="checkbox"/> 脊椎液(C.S.F) <input type="checkbox"/> 乳頭分泌液(Nipple discharge)<br><input type="checkbox"/> 胸水(Pleural) <input type="checkbox"/> 心包膜液(Pericardial)<br><input type="checkbox"/> 痰液(Sputum) <input type="checkbox"/> 尿液(Urine)(自然排尿 / 導尿)<br><input type="checkbox"/> 乳房(Breast)穿刺 <input type="checkbox"/> 甲狀腺(Thyroid)穿刺<br><input type="checkbox"/> 淋巴腺(Lymph node)穿刺<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |  |              |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 細針穿刺 15007C<br>(Fine needle aspiration)   |             |                            |                            | 註:採檢量請參閱採檢手冊 <a href="http://www.anjie.com.tw/">http://www.anjie.com.tw/</a><br>檢體量不足要求，亦予以檢驗，如無法診斷則發檢體量不足之難以判讀報告。  |  |              |  |
|                   | <input type="checkbox"/> 薄層 15021C   |             |                            |                            |   |  |              |  |
| <b>臨床診斷</b>       |  |             |                            |                            |   |  |              |  |
| <b>重要病史</b>       |  |             |                            |                            |   |  |              |  |
| <b>此欄位由安捷診所填寫</b> | <b>檢體描述</b>  |             |                            |                            |   |  |              |  |
|                   | <input type="checkbox"/> Slide___片 <input type="checkbox"/> Tube <input type="checkbox"/> Sputum box <input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Bottle <input type="checkbox"/> Other___<br><input type="checkbox"/> Amount_____C.C<br>■ Color : <input type="checkbox"/> pale <input type="checkbox"/> Yellow <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Other___<br>■ Appearance : <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Turbid <input type="checkbox"/> Mucoïd <input type="checkbox"/> Bloody <input type="checkbox"/> Other___ |             |                            |                            |   |  |              |  |
|                   | <b>檢體接收例外</b><br><input type="checkbox"/> 檢體量不足 <input type="checkbox"/> 檢體延遲 <input type="checkbox"/> 固定液不正確  |             |                            |                            |   |  |              |  |
|                   | <b>Diagnosis</b>   |             |                            |                            |   |  |              |  |
|                   | <input type="checkbox"/> Non-diagnostic <input type="checkbox"/> Negative for malignant cells <input type="checkbox"/> Atypical cells present<br><input type="checkbox"/> Suspicious for malignant cells <input type="checkbox"/> Positive for malignant cells   |             |                            |                            |   |  |              |  |
|                   | <b>Comments</b>  |             |                            |                            |   |  |              |  |
| <b>細胞醫檢師</b>      |  |             | <b>病理醫師</b>                |                            |   | <b>報告日期</b>  |              |  |