

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)	
-------------------------	--

姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期		病歷號碼	
							身分證號碼	
送檢醫院		送檢醫師			門診 <input type="checkbox"/>	床號 <input type="checkbox"/> _____	採檢日期	

檢體來源	<input type="checkbox"/> 體液 15001C (Body fluid) <input type="checkbox"/> 體液+細胞蠟塊 15018B (cellblock)	<input type="checkbox"/> 腹水(Ascites) <input type="checkbox"/> 支氣管沖刷(Bronchial brushing / washing) <input type="checkbox"/> 脊椎液(C.S.F) <input type="checkbox"/> 乳頭分泌液(Nipple discharge) <input type="checkbox"/> 胸水(Pleural) <input type="checkbox"/> 心包膜液(Pericardial) <input type="checkbox"/> 痰液(Sputum) <input type="checkbox"/> 尿液(Urine)(自然排尿 / 導尿) <input type="checkbox"/> 乳房(Breast)穿刺 <input type="checkbox"/> 甲狀腺(Thyroid)穿刺 <input type="checkbox"/> 淋巴腺(Lymph node)穿刺 <input type="checkbox"/> 其他 _____
	<input type="checkbox"/> 細針穿刺 15007C (Fine needle aspiration)	
	<input type="checkbox"/> 薄層 15021C	

臨床診斷	
------	--

重要病史	
------	--

此欄位由安捷診所填寫	<p>檢體描述</p> <p> <input type="checkbox"/> Slide ___ 片 <input type="checkbox"/> Tube (10/20/50 ml) <input type="checkbox"/> Sputum box <input type="checkbox"/> Syringe <input type="checkbox"/> Bottle(500ml) <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Amount _____ C.C. ■ Color : <input type="checkbox"/> pale <input type="checkbox"/> Yellow <input type="checkbox"/> Brown <input type="checkbox"/> Red <input type="checkbox"/> Other _____ ■ Appearance : <input type="checkbox"/> Clear <input type="checkbox"/> Turbid <input type="checkbox"/> Muroid <input type="checkbox"/> Bloody <input type="checkbox"/> Other _____ </p> <p>Diagnosis</p> <p> <input type="checkbox"/> Negative for malignant cells <input type="checkbox"/> Atypical cells present <input type="checkbox"/> Suspicious for malignant cells <input type="checkbox"/> Positive for malignant cells <input type="checkbox"/> Non-diagnostic </p> <p>Comments</p>
------------	--

細胞醫檢師	病理醫師	報告日期
-------	------	------