



Özel **EKOL HASTANESİ**
FROZEN GÖNDERME FORMU



TARİH:/...../20.....

HASTA BİLGİLERİ

ADI SOYADI :
TC KİMLİK NO :
YAŞ :
CİNSİYET :

Hastaya ait barkod yapıştırınız.

BİYOPSİ BİLGİLERİ

PARÇANIN ALINMA SAATİ :
FROZEN'A KABUL SAATİ :
BİYOPSİNİN ALINDIĞI BÖLGE :

BİYOPSİ ALINMA ŞEKLİ

İnsizyon Eksizyon Diğer (Belirtiniz.):

FROZEN İSTEM AMACI

Tanı Cerrahi Sınır Metastaz Tespiti Diğer (Belirtiniz.):

ÖN TANI (LAR)

NOTLAR

GÖNDEREN DOKTOR

(Kaşe-İmza)

Telefon : +90 284 236 10 10 Dahili: 250 / 1500

E-Posta : info@ekolhastanesi.com

TESLİM EDEN

(İsim, unvan, imza)

TESLİM ALAN

(İsim, unvan, imza)

KRİTERLER

- Doku fiksatifte KONMADAN gönderilmelidir.
 Dokunun gönderildiği kap üzerine hasta ismi okunabilecek şekilde yazılmalıdır.
 Doku hızla Frozen Laboratuvarına ulaştırılmalıdır.
 Doku Frozen Laboratuvarına ameliyathane görevlileri tarafından ulaştırılmalıdır.
 Form eksiksiz doldurulmalıdır.

Doküman No

Yayın Tarihi

Revizyon No

Revizyon Tarihi

Sayfa No

AH.FR.11

21.12.2020

00

-

1 / 1