|  |
| --- |
| **BİYOPSİ NO:**  ***(Oral Patoloji AD dolduracaktır***  **HASTA BİLGİLERİ TETKİK BİLGİLERİ**  DOSYA/TC KİMLİK NO: GÖNDEREN KLİNİK :  AD- SOYAD : GÖNDERME TARİHİ :  YAŞ – CİNSİYET : / E ( ) K ( ) GÖNDEREN DOKTOR :  **Biyopsinin Alınma Şekli**: *İnsizyonel Eksizyonel Sürüntü Aspirasyon Rezeksiyon*            **İçine Konulduğu Sıvı***: Formol Serum Fizyolojik Diğer (yazınız):*        **Hastanın şikayeti*:*** *Ağrı Hissizlik Yanma Diğer (yazınız):*          **Tıbbi öyküsü / Kullandığı ilaçlar:**  **Radyolojik bulgular:** Radyo*Opak RadyoLusent Mikst Multiloküler*          *Uniloküler**Sınırları beirli* *Sınırları düzensiz*        **Klinik bulgular***: Renk değişikliği Şişlik Ülser Diğer (yazınız) :*          *LAP Parestezi Lezyon (tarif ediniz) :*        **Lezyon ile ilgili dişlerin durumu**: *Sürmüş Gömülü Yarı gömülü*        *Vital Devital Mobil Çürük Kök Rezorpsiyonu Apikal Rezeksiyonlu*              **Operasyon bulguları:**  **Varsa önceki patoloji sonucu:**  **Klinik Ön Tanı:**  **Biyopsinin Alındığı Doku ve Bölgeler:**    *\*****İmmunfloresan çalışma gerektiren biyopsiler serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez içerisinde ve en geç 15 dakika içerisinde taze olarak ulaştırılmalıdır.***  ***\*\*İnteroperatif konsültasyon için gönderilecek biyopsi mateyali serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez içerisinde ve en geç 15 dakika içerisinde taze olarak ulaştırılmalıdır.***  ***\*\*\*Radyolojik görüntüleri ve ek bilgileri aşağıdaki mail adresine gönderebilirsiniz.*** [**oralpatoloji@gmail.com**](mailto:oralpatoloji@gmail.com) |

|  |  |
| --- | --- |
| **HAZIRLAYAN**  **...../....../.........**  **Adı Soyadı/Unvanı**  **İmza** | **ONAYLAYAN**  **...../....../.........**  **Adı Soyadı/Unvanı**  İmza |