|  |
| --- |
|  **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** |

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