Наименование медицинской организации Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/document/redirect/179139/0)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ШТАМП ЛПУ** Медицинская документация

 Учетная форма N 014/у

Адрес Утверждена приказом Минздрава России

 от "24" марта 2016 г. N179н

# Направлениена прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала

1. **Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. **Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента**

 \_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. **Пол**: муж. - 1, жен.-2, 4. **Дата рождения**: число 12 месяц марта год\_1961

5. **Полис ОМС**\_123456789456712\_6. **СНИЛС**\_\_006-044-012-34\_\_\_\_\_\_\_\_

7. **Место регистрации**:\_Краснодар, ул. Мира д.45 кв.77\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_8-918-176-00-15\_\_\_\_\_\_

8. **Местность**: городская - 1, сельская - 2.

9. **Диагноз основного заболевания** (состояния)\_Уротелиальный рак\_МП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10. Код по [МКБ](http://ivo.garant.ru/document/redirect/4100000/0)[\*](#sub_2111)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. **Задача прижизненного патолого-анатомического исследования**

**биопсийного (операционного) материала**\_\_ИГХ+PDL1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. **Дополнительные клинические сведения** (основные симптомы, оперативное

или гормональное, или лучевое лечение, результаты инструментальных и

лабораторных исследований)\_\_Заполнение из истории болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. **Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических**

**исследований** (наименование медицинской организации, дата,

регистрационный номер, заключение)\_Заполнение из истории болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. **Проведенное предоперационное лечение** (вид лечения, его сроки,

дозировка лекарственного препарата, доза облучения)\_Заполнение из истории болезни\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. **Способ получения биопсийного (операционного) материала**: эндоскопическая биопсия - 1, пункционная биопсия- 2, аспирационная биопсия -3, инцизионная биопсия - 4, операционная биопсия -5, операционный материал -6, самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей - 7.

16. **Дата забора материала** 12.03.2020\_\_\_\_\_ **время** \_\_14:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

17. Материал помещен в 10%-ный раствор нейтрального формалина (да/нет)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. **Маркировка биопсийного (операционного) материала** (расшифровка маркировки флаконов):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номер флакона | Локализация патологического процесса (орган, топография) | Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне не измененная ткань, отношение к окружающим тканям) | Количество объектов |
| 1 | Мочевой пузырь/блок (№ блока) | Ткань опухоли | 1 |
| 2 | Мочевой пузырь /стекло (№ стекла) | Отпечаток  опухоли | 1 |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

19. **Фамилия, инициалы врача** \_ФИО лечащего врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **подпись**\_ПОДПИСЬ\_Печать врача

20. **Дата направления**: "08" мая 2020 г., **телефон**\_\_\_8-918-789-65-99\_\_

\* [Международная статистическая классификация](http://ivo.garant.ru/document/redirect/4100000/0) болезней и проблем, связанных со здоровьем.

 Круглая или треугольная печать ЛПУ