

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

№ _____

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>											<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 203/о/п</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				
<p>Направлення на дослідження (цитологія негінекологічна) « _____ » _____ 20__ року _____ годин (дата і час взяття біологічного матеріалу)</p>																															
<p>1. Прізвище _____</p> <p>2. Власне ім'я _____</p> <p>3. По батькові (за наявності) _____</p> <p>4. Дата народження _____</p> <p>5. Телефон _____</p> <p>6. Електронна пошта _____</p>	<p>7. Відділення _____</p> <p>8. Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) лікаря _____</p> <p>9. Телефон _____</p> <p>10. Електронна пошта _____</p>																														
<p>11. Клінічні дані</p> <p>Клінічний діагноз: _____</p> <p>_____</p> <p>Для жінок – дані оваріально-менструального циклу _____</p> <p>Дані про попереднє лікування _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																															
<p>12. Тип біологічного матеріалу</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Орган / рідина</th> <th style="width: 25%;">Локалізація</th> <th style="width: 25%;">Кількість зразків</th> <th style="width: 25%;">Маркування</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Орган / рідина	Локалізація	Кількість зразків	Маркування																										
Орган / рідина	Локалізація	Кількість зразків	Маркування																												
<p>13. Коментарі</p> <p> </p> <p> </p>																															
<p>14. Рекомендації</p>																															

15. Спосіб отримання біологічного матеріалу			
<input type="checkbox"/> Пункційна біопсія	<input type="checkbox"/> Зішкріб <input type="checkbox"/> Щіточкова біопсія	<input type="checkbox"/> Відбиток <input type="checkbox"/> Виділення	<input type="checkbox"/> Рідина Тип рідини _____ Об'єм рідини _____
16. Дані попередніх досліджень (УЗД, МРТ, КТ, лабораторні дані)			
Тип дослідження	Дата	Результат	
Лікуючий лікар _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис)			
17. Результати дослідження (цитологія негінекологічна)			
Номер дослідження _____			
Дата надходження матеріалу _____			
Метод забарвлення _____			
Адекватність зразка для висновку <input type="checkbox"/> Адекватний <input type="checkbox"/> Не адекватний			
Макроскопічний опис			
Мікроскопічний опис			
Цитологічний висновок			
Категорія за міжнародною класифікацією відповідно до органу		Коментарі / додатковий опис	
18. Результати імуноцитохімічного дослідження			
Біомаркер	Клон	Результат	

19. Коментарі
20. Рекомендації
Дата дослідження _____ 20__ року
Результат дослідження _____
Лікар – патологоанатом _____ (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності), підпис)

**Директор Департаменту
високотехнологічної медичної
допомоги та інновацій**

Василь СТІЛКА