



广州康都临床检验所

TEL: (020) 34821887/62322388

FAX: (020) 84763990

地址: 广州市番禺区南村镇兴业路8号

网址: <http://www.kdclilab.com>

病理活体组织检查申请单

为保证您申请单基本信息的准确, 请您使用正楷字书写。谢谢!

申请医院:

条形码:

申请医院电话/地址:

病理号:

姓名:	性别: ☐ 男 ☐ 女	年龄:	科室:	床号:	住院/门诊号:
籍贯:	职业:	地址:	联系电话:		
检验物:					
取材部位:			上次病理号:		
病历摘要: 主要症状、体征及病程 (妇产科病例请注明月经史, 包括末次月经日期情况及曾否用内分泌药物) 过去史, 家族史, 近期疫苗接种, 过敏, 病毒感染史, 放化疗情况					
主要检查结果 (包括X线、B超、CT、MR、ECT及关键实验室检查等) 及手术或内镜所见 (请说明肿物的确切部位、形状、体积、活动度、边界情况及生长情况等):					
临床诊断:					
检验目的:					
☐ 常规病理诊断 ☐ 术中冰冻切片诊断 ☐ 蜡块切片会诊 ☐ 其它					
注意事项:					
①标本瓶/袋必须写明姓名、年龄、科室、住院号及送检物等、					
②标本固定于10%福尔马林液体中, 送检标本请用标本专用袋, 并及时送检。					
③手术取下之标本务请全部送检, 肿瘤标本请注明部位、形状、大小、硬度、活动度及转移情况。					
④若是再次送检的病例请注明上次病理号, 以便查对。					
⑤若发现我所诊断有疑问时, 请立即与我所联系, 联系电话: 020-34821887。					
申请医生 (工号):			医生联系电话:		
申请日期: 年 月 日			标本接收日期: 月 日 时 分		

肉眼所见：

镜下检查：

免疫组织化学及特染：

病理诊断：

报告医生：

报告日期： 年 月 日