|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | Код формы по ОКУД |  |
|  |  |
|  |  |
| Адрес юридический:  | Медицинская документация |
| ОГРН | Учетная форма № 014/у |
|  | Утверждена приказом Минздрава России |
|  | от 14 апреля 2025 г. № 207н |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ**

**ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО)**

**МАТЕРИАЛА**

|  |
| --- |
| **1. Структурное подразделение медицинской организации, направившее биопсийный (операционный) материал** |
|  |
| **2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента** |  |
| **3. Пол:** муж. — 1, жен. — 2 |  | **4. Дата рождения:** |  |
| **5. Номер полиса обязательного медицинского страхования** |  |
| **6. Страховой номер индивидуального лицевого счета** |  |
| **7. Место регистрации:** |  |
|  | **тел.** |  |
| **8. Местность:** городская — 1, сельская — 2 | (подчеркнуть) |  |
| **9. Диагноз основного заболевания (состояния)** |  |
|  |
|  | **10. Код по МКБ** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Задача прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала** |  |
|  |
|  |

**12. Дополнительные клинические сведения** (основные симптомы, оперативное или гормональное, или лучевое лечение,

|  |  |
| --- | --- |
| результаты инструментальных и лабораторных исследований) |  |
|  |
|  |

**13. Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических исследований** (наименование медицинской организации,

|  |  |
| --- | --- |
| дата, регистрационный номер, заключение) |  |
|  |

**14. Проведенное предоперационное лечение** (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения)

|  |
| --- |
|  |
|  |

**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 биопсийного (операционного) материала** |  | **время** |  | . |

|  |  |
| --- | --- |
| **17. Биопсийный (операционный) материал помещен в 10% раствор нейтрального формалина** (да/нет) |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Номерфлакона | Локализацияпатологического процесса(орган, топография) | Характер патологического процесса(эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне не измененнаяткань, отношение к окружающим тканям) | Количествообъектов |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **19. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача** |  | подпись |  |
| **20. Дата направления:**  |  |  | телефон |  |