注意：

⒊如需冰冻切片，请勿放固定液，应及时送往病理科。

⒉如标本检查有特殊注意事项或要求，务请写明。

⒈标本取出后，请立即投入10%中性缓冲福尔马林中。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **北京大学第一医院病理检查申请单** | | | | | | | | | | |
| 要求检查方法：  普 通  冰 冻 | | | | | | 病理标本号码： | | | | |
| 姓 名 {xm} | | 性别 {xb} | | | 年龄 {nl} | | |  | 登记号 {djh} | |
| 单位名称 北京华三诊所 | | | |  | 单位电话 400-160-3939 | | | | | |
| 临床病历摘要（妇科患者须填写月经史）： | | | | | | | | | | |
| 既往肿瘤史：  传染病： 乙肝 □ ；丙肝 □ ；艾滋病 □ ；梅毒； □ ；结核 □ ；其他：  以往曾作病理检查号： | | | | | | | | | | |
| 如为肿瘤请填写：  肿瘤发现时间： 肿瘤大小： 肿瘤部位：  有无转移、何处： 曾否经过放射/化学治疗： | | | | | | | | | | |
| 手术所见：  {bgtxt} | | | | | | | | | | |
| 取材部位： | | | 标本件数：共\_\_\_\_\_袋，\_\_\_\_\_瓶 | | | | | | | 固定液：10%福尔马林 |
| 检查材料 |  | | | | | | | | | |
| 临床诊断： {zdjl} | | | | | | | 送检医师： {ysxm}  送检日期： | | | |