

Pathologie

Zytologie Formular

Universitätsspital Basel
Pathologie, Schönbeinstrasse 40, CH-4031 Basel
Telefon +41 61 265 27 57, Fax +41 61 265 20 28




Zytologie: Telefon +41 61 556 53 66, E-Mail zytolab@usb.ch

Name, Vorname, Ledigenname		Genaueres Geb.-Datum TT MM JJ □□ □□ □□			Geschlecht M W □ □				
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)									
<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/> ambulant		Pat.-ID:		Fall-Nr.:			
<input type="checkbox"/> 3. Kl <input type="checkbox"/> 2. Kl <input type="checkbox"/> 1. Kl		<input type="checkbox"/> privat		<input type="checkbox"/> Selbstz. <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> EMV <input type="checkbox"/> IV		Kr.K-Nr.:			
Datum der Entnahme:		Stempel, Unterschrift, Tel-Nr. und Fax des einsendenden Arztes/Spital →							
Frühere Untersuchungen (Nr. oder Jahr):									
Kopie(n) an:									

Klinische Diagnose / Bemerkungen / Fragestellung (bei Studien auch Bezeichnung der Studien)

.....
.....
.....

Gynäkologie:	letzte Periode	Hormontherapie.....
	Strahlentherapie	Chemotherapie/Op Befund
	<input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Vulva
	<input type="checkbox"/> Zervikalkanal <input type="checkbox"/> Endometrium	<input type="checkbox"/> HPV-PCR
Sekret:	<input type="checkbox"/> Bronchien <input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Mamille re li
		<input type="checkbox"/> Sonstiges
Körperflüssigkeit:	<input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Abdominal
	<input type="checkbox"/> Spontanurin <input type="checkbox"/> Harnblase	<input type="checkbox"/> Nierenbecken
	<input type="checkbox"/> Harnleiter <input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Bürstenzytologie:	<input type="checkbox"/> Bronchien <input type="checkbox"/> Oesophagus	<input type="checkbox"/> Dickdarm, Rektum
	<input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Choledochus	<input type="checkbox"/> Papilla Vateri
	<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Feinnadelpunktion:	<input type="checkbox"/> Mamma re li <input type="checkbox"/> Ovar re li	<input type="checkbox"/> Lunge
	<input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Speicheldrüse	<input type="checkbox"/> Lymphknoten
	<input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Mediastinum	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Bronchoalveoläre Lavage	<input type="checkbox"/> Instillierte Flüssigkeit ml	<input type="checkbox"/> Technisch einwandfrei
	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsrückgewinn ml	<input type="checkbox"/> Nichtraucher
	<input type="checkbox"/> Raucher pack/years	<input type="checkbox"/> HIV positiv
	<input type="checkbox"/> Immunsuppression/wegen	<input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> i.v Drogenabusus	<input type="checkbox"/> Pilze
	<input type="checkbox"/> Erreger: <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> TBC	
	<input type="checkbox"/> CD4/CD8 Ratio	