

## Образцы направлений в референс-центры

Направление на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (учетная форма № 014/у)

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

1. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

3. Пол: муж. - 1, жен.-2, 4. Дата рождения: \_\_\_\_ число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год

5. Полис ОМС \_\_\_\_\_ 6. СНИЛС \_\_\_\_\_

7. Место регистрации: \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

8. Местность: городская - 1, сельская - 2.

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 материала \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_.

17. Материал помещен в 10%-ный раствор нейтрального формалина (да/нет)

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

Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне не измененная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов
1			
2			
3			
4			
5			

19. Фамилия, инициалы врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

20. Дата направления: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., телефон \_\_\_\_\_



**Лаборатория молекулярной онкологии**

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России  
117997, Москва, улица Саморы Машела, д.1, 3В004

**Время работы лаборатории:**  
Пн.-Пт. С 9.00 до 18.00.

**Телефоны:** администратор (495) 287-65-70 доб. 5311;  
ординаторская (495) 287-65-70 доб. 5509;  
**E-mail:** labmolonko@yandex.ru

Дата/Время взятия материала: .....

Дата/Время поступления в лаб: .....

*Все поля направления должны быть заполнены!*

Направившее мед. учреждение/отделение ..... Город .....

ФИО ..... Дата рождения .....

Наименование услуги/код исследования\* в формате: 42.XX.XX

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

Направительный диагноз .....

Патоморфологический диагноз .....

Дата патоморфологического заключения .....

Маркировка биоматериала (номер парафинового блока) .....

Комментарии .....

.....

ФИО врача .....

Контактный телефон врача ..... email врача .....



**Лаборатория цитогенетики и молекулярной генетики**

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России 117997,  
Москва, улица Саморы Машела, д.1, 4В001

**Время работы лаборатории:**  
Пн.-Пт. С 9.00 до 18.00.

**Телефоны:** администратор (495) 287-65-70 доб. 5404;  
лаборантская (495) 287-65-70 доб. 5401;  
ординаторская (495) 287-65-70 доб. 5454;  
**E-mail:** cytogenetics.niidg@gmail.com

Дата/Время взятия  
материала: .....

Дата/Время  
поступления в лаб: .....

*Все поля направления должны быть заполнены!*

Направившее мед. учреждение/отделение ..... Город.....

ФИО ..... Дата рождения.....

Наименование услуги/код исследования\* в формате: 42.XX.XX .....

.....

.....

.....

.....

Диагноз.....

**Этап терапии (отметить):** Первичная диагностика. Повторное исследование.

Мониторинг МОБ: транскрипт ..... Точка исследования .....

**Число лейкоцитов в последнем анализе крови/бластов в костном мозге** .....

**Материал для исследования (цитогенетика – в гепарине, мол. биол. – в ЭДТА, отметить)**

Костный мозг	Плевральная жидкость
Готовая суспензия	Асцитическая жидкость
Мазки костного мозга	Ликвор жидк
Периферическая кровь	Ликвор цитоспин
Парафиновые срезы	Сортированные клетки
Парафиновая стружка	Буккальный эпителий
Отпечатки опухоли	Ногти
Ткань опухоли/лимфоузла	Биоптат кожи/фибробласты кожи

ФИО врача.....

Контактный телефон, email врача.....



**Лаборатория молекулярной биологии**

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России 117997,  
Москва, улица Саморы Машела, д.1, 4B010

**Время приема биоматериала в лаборатории:**

**Пн.-Чт. С 9.00 до 18.00.**

**Пт и предпраздничные дни с 9.00 до 16.00**

**Телефоны: администратор (495) 287-65-70 доб. 5410;**

**E-mail: [molecular.biology@fccho-moscow.ru](mailto:molecular.biology@fccho-moscow.ru)**

Дата/Время

взятия материала: .....

Дата/Время

поступления в лаб: .....

***Все поля направления должны быть заполнены!***

Направившее мед. учреждение/отделение ..... Город.....

ФИО ..... Дата рождения .....

Наименование услуги/**код исследования\*** в формате: 53.XX.XX

.....

.....

.....

.....

**Диагноз** .....

**Этап терапии (отметить):** Первичная диагностика. Повторное исследование.

Мониторинг МОБ: транскрипт ..... Точка исследования .....

**Число лейкоцитов в последнем анализе крови/бластов в костном мозге**

.....

**Материал для исследования**

Периферическая кровь

Парафиновые блоки

Парафиновая стружка

Ткань опухоли

**ФИО врача** .....

**Контактный телефон, email врача** .....