

세포병리 검사뢰서

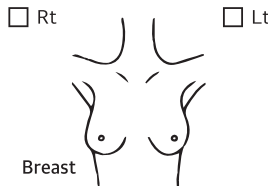
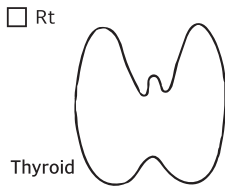
의뢰기관명	수진자명	생년월일	나이/성별	세/ M · F
	Chart No.	과명/병동	담당 의사	
검사의뢰일자	년 월 일	임신주수	LMP	인 증
검체채취일자	년 월 일	감염성	□ 유 □ 무 (감염성 병명 :)	

Gynecological examination

구분	보험코드	검사항목	분 류
GY	<input type="checkbox"/> C5621 <input type="checkbox"/> C5621 (검진)	자궁경부도말세포검사 (Pap Smear) <input type="checkbox"/> PAP(일반) <input type="checkbox"/> PAP(검진)	<input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Endometrium
	<input type="checkbox"/> C5624	액상세포검사 (Liquid based cytology)	<input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Endometrium
검사 목적	<input type="checkbox"/> Routine smear for cancer screening <input type="checkbox"/> Follow up smear on previous abnormal result <input type="checkbox"/> R/O cancer		
임상 정보	<input type="checkbox"/> LMP : <input type="checkbox"/> Radiotherapy <input type="checkbox"/> Hormonal Therapy : <input type="checkbox"/> Erosion (-, +, ++, ++++) <input type="checkbox"/> Menopause <input type="checkbox"/> Pill or IUD		

Non-Gynecological examination

구분	보험코드	검사항목	검체 정보	바코드 붙이는 곳
Body Fluid	<input type="checkbox"/> C5622	체액 세포병리검사(일반)	<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Other()	
	<input type="checkbox"/> C5627	체액 세포병리검사(Cytospin)	<input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Pleural fluid <input type="checkbox"/> Bronchial washing / brushing	
	<input type="checkbox"/> C5625	액상 체액 세포병리검사	<input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Ascitic fluid <input type="checkbox"/> Other()	
	<input type="checkbox"/> C5620	조직절편제작(Cell Block)	<input type="checkbox"/> Bile <input type="checkbox"/> Joint fluid	
FNA	<input type="checkbox"/> C5623	세침흡인 세포병리검사	<input type="checkbox"/> Thyroid (<input type="checkbox"/> Rt <input type="checkbox"/> Isthmus <input type="checkbox"/> Lt)	
	<input type="checkbox"/> C5626	세침흡인 액상세포검사	<input type="checkbox"/> Breast (<input type="checkbox"/> Rt <input type="checkbox"/> Lt) <input type="checkbox"/> Other()	
	<input type="checkbox"/> C5620	조직절편제작(Cell Block)	<input type="checkbox"/> Lymph node	



임상 진단, 영상 및 검사소견 (Clinical diagnosis, Image & Lab findings)

이전 세포병리 결과 및 특이사항 (Previous cytologic examination & Remark)

주의사항	1. 정확한 결과를 위하여 위 내용을 반드시 기입해 주십시오. 2. 세침흡인세포검사 (FNA)의 경우 최대 3-4장으로 도말하여 주십시오. 3. 검체 채취, 도말 후 즉시 95% Alcohol에 최소 30분간 고정하여 주십시오. (세포변성 및 건조 방지)	검체 인수자	검체 인계자