

			АУТОПСИОНЕН ПРОТОКОЛ			
			№	Год.	Здравноосигурителен код: □□□□□□□□□□□□□□	Шифър
Име (име, презиме, фамилия):				пол:	възраст:	
Месторождение:						
Местожителство:						
Професия:			Вид на производството:			
Изпратен от:				И.З.:		
Постъпил на лечение:			Починал на:		Престой в болницата:	
Аутопсиран на:			Аутопсирал:			
Клинична диагноза						
Медицински интервенции (клинични сведения):						
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧНА ДИАГНОЗА						
Основно заболяване	Усложнения	Причина за смъртта	Съпътстващи заболявания	Неразпознат	Разпознат	Прогнозна диагноза
Легенда:	О – основно заболяване		У – усложнения		С – съпътстващи заболявания	
Извършил аутопсията: (подпис, печат)				Заверил: (подпис, печат)		

2. Бланка за биопсично изследване

Данни за изпращащото лечебно заведение (адрес, телефон, e-mail, структура, лекар, УИН)				Приемащо лечебно заведение (адрес, телефон, e-mail)			
БЛАНКА ЗА БИОПСИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ							
Биопсично изследване №							
Пациент (име, презиме, фамилия)							
ЕГН:							
Адрес:							

Клинични данни:							
Клинична диагноза:							
Макроскопско описание:							
Микроскопско описание:							
Диагноза:							
G		pT		pN		M	
Диференциална диагноза:							
Препоръчителна имунохистохимия:							
Дата:		Патолог: (подпис, печат)					

3. Бланка за имунохистохимично изследване на HER2/ ER/ PR/

Данни за изпращащото лечебно заведение (адрес, телефон, e-mail, структура, лекар, УИН)				Данни за приемащото лечебно заведение (адрес, телефон, e-mail)			
БЛАНКА ЗА ИМУНОХИСТОХИМИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА HER2/ ER/ PR/							
Пациент (име, презиме, фамилия):							
Адрес:							
ЕГН:							
Клинични данни: (млечна жлеза)							
лява		квадрант		дясна		квадрант	
Диагноза:							
Патолог:		G		pT		pN	M
Дата:		Парафинов блок №					
1/ HER 2 (Cytogenetic Location: 17q12)							
Негативен (0)				Слабо позитивен (2+)			
Негативен (1+)				ПОЗИТИВЕН (3+)			
NB! При (HER2 – (2+) е препоръчително HER2 CISH или HER2 FISH							
2/ER (ЕСТРОГЕН РЕЦЕПТОР)							
IS*		+ PS**			= TS*** (от 0 до 8)		
(0) – няма оцветяване		(0) – няма оцветяване			2-3 – слабо позитивен 4-6 – умерено позитивен 7-8 – силно позитивен		
(1+) – слабо оцветяване		(1+) = <1 % ядрено оцветяване					
(2+) – средно оцветяване		(2+) = 1-10 % ядрено оцветяване					
(3+) – строго оцветяване		(3+) = 11-33 % ядрено оцветяване					
		(4+) = 34-66 % ядрено оцветяване					
		(5+) = 67-100 % ядрено оцветяване					

3/PR (ПРОГЕСТЕРОН РЕЦЕПТОР)			
IS*		+ PS**	
(0) – няма оцветяване		(0) – няма оцветяване	
(1+) – слабо оцветяване		(1+)=<1 % ядрено оцветяване	
(2+) – средно оцветяване		(2+)=1-10 % ядрено оцветяване	
(3+) – строго оцветяване		(3+)=11-33 % ядрено оцветяване	
		(4+)=34-66 % ядрено оцветяване	
		(5+)=67-100 % ядрено оцветяване	
		= TS*** (от 0 до 8)	
		2-3 – слабо позитивен 4-6 – умерено позитивен 7-8 – силно позитивен	
IS* – интензивност на оцветителната реакция		PS** – процент оцветени клетки	TS*** – общ сбор от (IS + PS)
Дата:		Патолог: (подпис, печат)	

4. Бланка за имунохистохимично изследване

Данни за изпращащото лечебно заведение (адрес, телефон, e-mail, структура, лекар, УИН)		Данни за приемащото лечебно заведение (адрес, телефон, e-mail)	
БЛАНКА ЗА ИМУНОХИСТОХИМИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА:			
Пациент (име, презиме, фамилия):			
Адрес:		ЕГН:	
Клинични данни:			
Диагноза:			
Дата:	Патолог:	Парафинов блок № /	
Имунохистохимия:			
1/			
2/			
3/			
4/			
5/			
6/			
7/			
8/			
9/			
10/			
Коментари:			
Диагноза:			
Дата:	Патолог: (подпис, печат)		

5. Фиш за негинекологично цитологично изследване

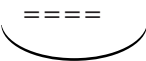
Лечебно заведение: (адрес, телефон, e-mail):															
Направление за медико-диагностична дейност №															
РЗОК №				Здравен район				Амбулаторен лист №							
Код на специалност				Изпращащ лекар УИН:											
Регистрационен номер на лечебното заведение:															
Изпраща се за МКБ:														Тип:	
Кодове на назначени МДД:															
<u>ФИШ ЗА НЕГИНЕКОЛОГИЧНО ЦИТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ</u>															
Име на пациент:															
ЕГН:															
Адрес:															
Амбулаторен №				От цитологично изследване на материал от:											
1/ Кожна цитология:				2/ Мекотъканна цитология:											
3/ Мамарна цитология:				4/ Тиреоидна цитология:											
5/ Плеврална цитология:				6/ Перитонеална цитология:											
7/ Друго цитологично изследване (описание):															
Клинични данни и точна органна локализация:															
Досегашни резултати от цитологично изследване:															
№								Дата:							
Диагноза:															
Досегашни резултати от хистологично изследване:															
№:								Дата:							
Диагноза:															
Хормонотерапия:		Да		Не		Вид		Курсове							
Лъчетерапия		Да		Не		Вид		Курсове							
Вероятна клинична диагноза:															
Дата:				Лекар: (име, подпис и печат)											

6. Резултат от негинекологично цитологично изследване

Лечебно заведение: (адрес, телефон, e-mail):															
Регистрационен № на лечебното заведение															
Код на специалността				УИН на лекаря											
Код на извършено МДД															
<u>РЕЗУЛТАТ ОТ НЕГИНЕКОЛОГИЧНО ЦИТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ</u>															
Име на пациент:															
ЕГН:															
Адрес:															
РЕЗУЛТАТ №				От цитологично изследване на материал от:											

1/ Кожна цитология:		2/ Мекотъканна цитология:	
3/ Мамарна цитология:		4/ Тиреоидна цитология:	
5/ Плеврална цитология:		6/ Перитонеална цитология:	
7/ Друго цитологично изследване (описание):			
Микроскопско описание:			
Диагноза:			
Коментар и препоръки:			
Дата		Патолог: (име, подпис и печат)	

7. Фиш за цитологично гинекологично изследване

Лечебно заведение: (адрес, телефон, e-mail):											
Направление за медико-диагностична дейност №											
РЗОК №		Здравен район		Амбулаторен лист №							
Код на специалност		Изпращащ лекар УИН:									
Регистрационен номер на лечебното заведение:											
Изпраща се за МКБ:										Тип:	
Кодове на назначени МДД:											
<u>ФИШ ЗА ЦИТОЛОГИЧНО ГИНЕКОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ</u>											
Пациент:											
ЕГН:											
Адрес:											
1/ Порцио (ектоцервикс) №						2/ Цервикален канал (ендоцервикс) №					
3/ Ендометрим №						4/ Влагалище №					
5/ Вулва №						6/ Друга (опиши) №					
ПРМ:						Бременност (срок):					
Бременност (срок):						Менопауза от (срок):					
Клинични симптоми:											
Досегашни резултати от цитологично изследване:											
№						Дата:					
Досегашни резултати от хистологично изследване:											
№:						Дата:					
Колпоскопия: 						Диагноза:					
Хормонотерапия:		Да		Не		Вид		Курсове			
Лъчетерапия:		Да		Не		Вид		Курсове			
Вътрематочен песар:				Да		Не		Вид			
Терапия на маточната шийка:				Да		Не		Ако е да, какви			
Електро-			Термо-			Крио-		Лазер			
Колко пъти						Кога					
Конизация на маточната шийка (кога):											
Хистологична диагноза:											
Дата:		Гинеколог: (име, подпис и печат)									

8. Резултат от гинекологично цитологично изследване

Лечебно заведение: (адрес, телефон, e-mail):												
Регистрационен № на лечебното заведение												
Код на специалността				УИН на лекаря								
Код на извършено МДД												
<u>РЕЗУЛТАТ ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНО ЦИТОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ</u>												
Име на пациент:												
ЕГН:												
Адрес:												
РЕЗУЛТАТ №				От цитологично изследване на материал от:								
1/ Порцио (ектоцервикс) №						2/ Цервикален канал (ендоцервикс) №						
3/ Ендометрим №				4/ Влагалище №				5/ Вулва №				
<u>ГРУПА ПО ПАПАНИКОЛАУ</u>												
I		II		IIIА		IIIБ		IV		V		
БЕТЕЗДА ТЕРМИНОЛОГИЧНА СИСТЕМА:												
АДЕКВАТНОСТ НА ЦИТОНАМАЗКАТА												
А. Задоволителна												
Б. Задоволителна, но ограничена от:												
Кръв			Микроорганизми				Левкоцити					
В. Незадоволителна поради:												
Лоша фиксация			Липса на плоски клетки					Метапластични клетки				
Липса на ектоцервикални елементи								Цилиндрични клетки, слуз				
Г. КАТЕГОРИИ:												
Клетки в норма												
Клетъчни промени, свързани със:												
Трихомони			Кандида			Clue cells			Коки			Бактерии
HSV			CMV			Атрофия			Радиация			Маточни пещери
Д. Плоскоклетъчни интраепителни лезии (ПИЛ) Ектоцервикс:												
1/ Атипични с неясна степен								2/ Нискостепенни ПИЛ				
3/ Високостепенни ПИЛ								4/ Плоскоклетъчен карцином				
Е. Клетъчни промени в жлезните клетки (Ендоцервикс/Ендометрим):												
1/ Ендометриални при жени в менопауза									2/ Атипични, с неясна степен			
3/ Аденокарцином					а/ Ендоцервикален					б/ Ендометриален		
в/ Извънматочен						г/ С неясен произход						
Ж. Други малигнени тумори:												
З. Препоръчителни изследвания:												
1/ Колпоскопия					2/ Сепарирано абразиво					3/ Цервикално абразиво		
4/ Биопсия				5/ Имунocyтoхистoхимия – p16/Ki67							6/ HPV анализ	
Следваща цитонамазка:												
след 1 мес.				след 3 мес.				след 6 мес.				след 12 мес.
Дата:			Патолог: (име, подпис, печат)									