

해부병리 검체 발송
환자 또는 희망 시설에 발송

발송 날짜: _____

환자 이름: _____

의료기록 번호 또는 생년월일: _____

담당 의사: _____

수령인 이름: _____

환자와 수령인의 관계: _____

검체 종류: 포르말린 고정 파라핀 포매 조직(FFPE 블록)

슬라이드

UCI Health 해부병리과에 환자 자료 반환

배송지:

받으실 분: _____

주소: _____

시: _____

우편번호: _____

전화번호: _____

수령인 서명 _____ 정자체 이름 _____

승인: _____

검사실 책임자 또는 피지명인

병리학 및 진단검사 의학과는 본 자료를 환자 또는 희망 시설에 발송하는 바입니다. 본과는 다른 곳에서 수행되는 후속 검사의 품질, 의학적 필요에 대한 책임 또는 금전적 책임을 지지 않습니다. 모든 환자 자료는 30일 이내에 반환해주시기 바랍니다.