|  |  |
| --- | --- |
| **HASTANIN** | |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Yaşı-Cinsiyeti** |  |
| **Protokol No** |  |
| **TC Kimlik No** |  |
| **Sistemik Hastalıkları** |  |
| **Adres-Telefon No** |  |
| **Kullandığı İlaçlar** |  |
| **Materyalin Alındığı Yer/Organ** |  |
| **Klinik Ön Tanı** |  |
| **Bulgular** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gönderen Bölüm** |  |
| **Gönderen Doktor** |  |
| **Gönderilen Tarih** |  |