

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____
Медицинская документация
Учетная форма N 014/у
Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. N 207н

**НАПРАВЛЕНИЕ
НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА**

1. Структурное подразделение медицинской организации, направившее биопсийный (операционный) материал

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

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

5. Номер полиса обязательного медицинского страхования _____

6. Страховой номер индивидуального лицевого счета _____

7. Место регистрации: _____
тел. _____

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

9. Диагноз основного заболевания (состояния)

10. Код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

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 биопсийного (операционного) материала _____ время _____

17. Биопсийный (операционный) материал помещен в 10% раствор нейтрального формалина (да или нет) _____

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

Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эррозия, язва, полип, пятно, узел, внешне неизмененная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов
1			
2			
3			

19. Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача подпись

20. Дата направления: "___" 20___ г., телефон