

## ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνοματεπώνυμο: ..... ΑΜΚΑ: .....

Ηλικία: ..... Φύλο: ..... Επάγγελμα: .....

Διεύθυνση: ..... Ταμείο: .....

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΕΝΤΟΠΙΣΗ - ΜΕΓΕΘΟΣ

.....  
.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΨΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ .....

### ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

.....  
.....  
.....

### ΠΙΘΑΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

.....  
.....

### ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ            | <input type="checkbox"/> ΑΝΟΣΟΪΣΤΟΧΗΜΕΙΑ | <input type="checkbox"/> TPMT (ενεργότητα)              |
| <input type="checkbox"/> PAP TEST              | <input type="checkbox"/> CISH            | <input type="checkbox"/> TPMT (πολυμορφισμοί)           |
| <input type="checkbox"/> THIN PREP             | <input type="checkbox"/> EGFR            | <input type="checkbox"/> HBV PCR                        |
| <input type="checkbox"/> FNA ΜΑΣΤΟΥ            | <input type="checkbox"/> K-RAS           | <input type="checkbox"/> HCV PCR                        |
| <input type="checkbox"/> FNA ΟΓΚΙΔΙΩΝ          | <input type="checkbox"/> N-RAS           | <input type="checkbox"/> CMV PCR                        |
| <input type="checkbox"/> ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ HPV        | <input type="checkbox"/> B-RAF           | <input type="checkbox"/> Ποσοτικός έλεγχος των παραπάνω |
| <input type="checkbox"/> ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ HPV (MRNI) | <input type="checkbox"/> TPMT (πλήρες)   |   |

### ΑΠΟΣΤΟΛΕΑΣ

Όνοματεπώνυμο Ιατρού: .....

Εργαστήριο ή Κλινική: .....

Διεύθυνση: .....

Ημερομηνία: / /

Υπογραφή