

PATOLOGIA OSAKONNA TEATIS VÄHIREGISTRILE

Isikukood <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"> </div>	1 <input type="checkbox"/> Mees 2 <input type="checkbox"/> Naine	Sünniaeg <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> päev kuu aasta </div>
Perekonnanimi Eesnimi		
Preparaadi saatja <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> Tervishoiuasutus <hr style="border-top: 1px dotted black;"/> Arsti nimi	Preparaadi nr.	Kuupäev <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> päev kuu aasta </div>
1 <input type="checkbox"/> Lahang 2 <input type="checkbox"/> Histoloogiline uuring 3 <input type="checkbox"/> Tsütoloogiline uuring	ALGKOLLE (üksikasjaline paige)	
Muudes elundites leitud kasvajakude		
Uuring tehtud 1 <input type="checkbox"/> Algkoldest 2 <input type="checkbox"/> Metastaasist 3 <input type="checkbox"/> Määratlemata	Morfoloogiline diagnoos ja diferentseerumise aste <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"> </div> <div style="text-align: center; font-size: small; margin-top: 5px;"> kood </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold; margin-top: 10px;"> G P T N M </div>	
Patoloogi nimi	Andmete esitaja ametikoht.....	
Kliiniline diagnoos	Nimi..... Kuupäev..... Labor..... Telefon Tervishoiutöötaja kood ja allkiri.....	