

Feinnadelpunktion HNO

Pathologie Medica Enge
Rämistrasse 42, 8001 Zürich
Tel. 044 269 99 41
fnp@patho.ch



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

33

R42

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Patienten-Nr. des Arztes: _____		<div>Bitte schwarz markieren</div> <div>Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!</div>	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Kind >> Vater/Mutter _____			
Name _____			
Vorname _____			
Strasse _____			
PLZ/Ort _____		Behandelnder Arzt: _____	
c/o _____		E-Mail: _____	
Geburtsdatum: ____/____/____ Mobil Tel. _____		Rechnung an	
E-Mail _____		<input type="checkbox"/> Krankenkasse Mitglied-Nr. _____	
AHV-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Unfall-/Militärvers. Fall-Schaden-Nr. _____	
Befundbearbeitung <input type="checkbox"/> Eilt		Unfalldatum _____	
<input type="checkbox"/> Telefon erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Selbstzahler	
<input type="checkbox"/> Faxbericht erwünscht Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Einsender	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		<input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Halbprivat/privat <input type="checkbox"/> allgemein	
Frühere Untersuchungen (Institut/Befund Nr.) _____		Fall-ID _____	
_____		<input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger (bitte vollständige Information): _____	
_____		_____	
Ambulante Pauschale: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Wenn ja: Pauschalen-Code (6-stellig) angeben: _____			

Feinnadelpunktion HNO

Probenmaterial / Klinische Angaben / Fragestellungen

Entnahmedatum: _____		Entnahmezeit: _____	
Flüssigmedium: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> Cytolyt/ThinPrep <input type="checkbox"/> NaCl <input type="checkbox"/> PBS		Objektträger/Anzahl: _____	
Feinnadelpunktion			
<input type="checkbox"/> RF rechter Schilddrüsenlappen		<input type="checkbox"/> Lymphadenopathie zervikal rechts Level: _____	
<input type="checkbox"/> RF linker Schilddrüsenlappen		<input type="checkbox"/> Lymphadenopathie zervikal links Level: _____	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Isthmus		<input type="checkbox"/> RF Mundschleimhaut rechts	
<input type="checkbox"/> RF Gl. Parotis rechts		<input type="checkbox"/> RF Mundschleimhaut links	
<input type="checkbox"/> RF Gl. Parotis links		<input type="checkbox"/> Andere Lokalisation: _____	
<input type="checkbox"/> RF Gl. Submandibularis rechts			
<input type="checkbox"/> RF Gl. Submandibularis links			
Allgemeine klinische Angaben			
_____ _____ _____ _____			
Fragestellungen			
<input type="checkbox"/> Entzündung <input type="checkbox"/> Neoplasie <input type="checkbox"/> Malignität <input type="checkbox"/> Lymphom (Hodgkin- / NHL) <input type="checkbox"/> Metastase			

Makroskopischer Befund

- ☐ behandelt mit:

☐ Restmaterial vorhanden
- ☐ **Material für MolPath:** ☐ Cytolyt ☐ Nativ

☐ Versandhülle mit Namen/Lokalisation beschriftet

Telefonprotokoll:

Mikroskopischer Befund

Plattenepithelien		Erythrozyten	
Plattenepithelmethaplasie		Neutrophile Granulozyten	
Kernlose Plattenepithelien		Eosinophile Granulozyten	
Drüsenepithel		Lymphozyten	
Kubisches Epithel		Plasmazellen	
Schleimbild. Zylinderepithelien		Bakterien	
Flimmerepithel		Pilze	
Urothelien		Schleim	
Bindegewebszellen		Myxoidsubstanz	
Muskelzellen		Kolloid	
Fettzellen			
Mesothelien			
Histiozyten			
Makrophagen			
Schaumzellen			

Zytologische Diagnose