**Biyopsi Tarihi : …/…/201…**

# BİLGİLER

Hasta Adı Soyadı TC Kimlik No Hasta Dosya No Tarih Doktor Adı Soyadı

**Alındığı Bölge :………………………………………….**

**………………………………………………………………………….**

**Alındığı Yer : Kemik İçi Yumuşak Doku**

**Alınma Şekli**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İnsizyonel Biyopsi**  | **Küretaj**  | **Enükleasyon**  |
| **Eksizyonel Biyopsi**  | **Smear**  | **Rezeksiyon**  |
| **Marsüpyalizasyon**  | **İğne Aspirasyonu**  | **Diğer ……**  |
| **Komşu Dişlerde Rezorpsiyon**  **VAR YOK**  | **Kemikte ekspansiyon** **VAR YOK**  | **Kanamalı Lezyon**  **VAR YOK**  |
| **Ekstraoral drenaj**  **VAR  YOK**  | **Boyut ……………. mm** **Renk**  | **Ağrı** **VAR YOK**  |

**Lezyonla ilişkili dişlerin durumu: Vital Nonvital Gömük Rezidiv**

**Radyografik bulgu : ……………………………………………………………………………………**

**Klinik Bilgi : ……………………………………………………………………………………**

**Operasyon bulguları : …………………………………………………………………………………….**

**Ön tanı : …………………………………………………………………………………….**

**ICD Kodu : ……………………………………………………………………………………**

**HEKİM İMZA /KAŞE**

(LÜTFEN AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA ‘Bu Onam Formunu, Okudum ve Anladım’ YAZARAK İMZALAYINIZ)

…………………………………………........……………………………………………………........................................................................…….