**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)

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