

TISSUE EXAMINATION REQUISITION



MEDITECH REQUISITION LABEL

LAB USE ONLY

ADMISSION LABEL/ADDRESSOGRAPH
OR

NAME: **Sample, Patient Beta**
HCN **0001000009**
DOB: **1982/03/14**
FAMILY PHYSICIAN: **Dr. FAMILY PHYSICIAN**
REQUESTING PHYSICIAN : **DR. REQUESTING**
HOSPITAL # :

CLINICAL MEMORANDUM & HISTORY:

Duration, Size, Site etc.

Aenean interdum nulla nunc, eget tincidunt dolor faucibus eget. Curabitur adipiscing, ipsum a tincidunt pulvinar, nisi risus vulputate dui, id auctor augue sapien quis ligula. Donec pretium ultrices mi ut laoreet. Nulla accumsan nisi non egestas tristique. Vivamus sit amet ullamcorper magna. Proin varius, magna ut pulvinar sollicitudin, mauris est mattis est, nec vulputate magna libero sit amet quam. Duis vitae erat ac est bibendum tincidunt. Integer sapien tellus, eleifend non ultricies sit amet, accumsan eget nibh. Vivamus euismod suscipit consequat. Proin ac pharetra sapien. Nulla sit amet nibh metus. Nunc eget laoreet justo. Suspendisse commodo consectetur ipsum, id rutrum massa. Nam lacinia egestas enim at lacinia.

PRE-OPERATIVE DIAGNOSIS:

Quisque non nibh velit. Aliquam bibendum lacinia fermentum.
Aenean tempus, mauris in dignissim porttitor, orci dolor convallis sapien, vel pharetra odio velit at mauris. Pellentesque et mi porta, viverra massa id, tempor purus. Proin a elementum neque. Etiam pellentesque vehicula felis in pretium. Aliquam dapibus at ipsum

M.D.

TISSUE SENT:

DATE: **2014/07/29**

Phasellus lacus leo, pretium in varius a, luctus vel nisl. Etiam pellentesque augue sed nulla iaculis aliquam. Mauris vehicula sapien ac tristique adipiscing. Aenean dignissim erat ante, et porttitor erat ornare at. Pellentesque gravida turpis lacus, tempus tempus dui tempus vitae. Duis euismod est non volutpat eleifend. Suspendisse a auctor urna. Praesent interdum sapien sed sem ornare ultrices. Donec tempus ante sapien, ut tristique enim rhoncus non. Curabitur metus purus, ultricies non blandit sit amet, vestibulum at tortor. Quisque at pretium libero. Fusce eleifend lacus diam, in vulputate justo luctus sit amet. Sed vehicula est non bibendum

In 10% Formalin (general)
Or
To be delivered immediately
to the lab after collection

LOCATION OF PATIENT

CRHCC

Amb.Care: _____ Emerg: _____ Surgical: _____ Med.Unit: _____ Day/Surgery: Mat/Child: _____ ICU: _____

Referred In:

A.S.S.H. _____ NCMH: _____ SCCC: _____ BVMH: _____ OTHER: