

**HISTOPATHOLOGY / CYTOLOGY REQUEST FORM**

Name: ----- Age: ----- Gender ----- RN ----- Contact Ph: No -----

Referred Doctor ----- Hospital / Clinic Address -----

Name of Procedure ----- Post-Operative Diagnosis -----

Nature of Specimen ☐ Biopsy ☐ Cytology ☐ PAP smear  
Type of Biopsy ☐ Tru-Cut Needle ☐ Endoscopic ☐ Punch / Wedge ☐ Excisional / Incisional ☐ Resection Specimen

Date and Time of Collection -----

Special Request (eg. resection, margin clearance) -----

**Clinical History**

|  |
|--|
|  |
|--|

Number of Tissue Samples                      1.                      2.                      3.                      4.                      5.                      6.                      7.                      8.                      9.                      10.

| <b>Biopsy</b>                                | <b>b. Lung cancer</b>                | <b>j. Small Cell Tumor</b>      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Bone marrow biopsy                           | EGFR                                 | CD 99                           |
| Tissue Biopsy                                | P40                                  | LCA                             |
|                                              | P63                                  | NSE                             |
| <b>Cytology</b>                              | TTF1                                 | <b>k. Lymphoid Markers</b>      |
| Bone marrow aspiration cytology              |                                      | ALK                             |
| Cell block & cytology                        | <b>c. Neuroendocrine</b>             | Bcl 2                           |
| Conventional Pap Smear                       | CALRETININ                           | CD3                             |
| Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)       | Chromogranin-A                       | CD5                             |
| Fluid cytology                               | NSE                                  | CD7                             |
| Fluid RE & Cytology (CSF/ Pleural/ Ascities) | Synaptophysin                        | CD10                            |
| Liquid Based Cytology                        | <b>d. Tumor of Epithelial origin</b> | CD 15                           |
| Liquid Based Cytology + HPV                  | AE1/AE3                              | CD19                            |
|                                              | Cytokeratin (CAM 5.2)                | CD20                            |
| <b>Renal Biopsy</b>                          | Cytokeratin 5/6                      | CD30/Ki-1                       |
| Renal (LM)                                   | EMA                                  | CD 45 (LCA)                     |
| Renal (IMF) PLA2 receptor                    |                                      | CD56                            |
| Renal (8IF)                                  | <b>e. Tumor of Mesenchyma Origin</b> | CD79 α                          |
| Renal (LM & 8IF)                             | CD34                                 | CD 99                           |
|                                              | Desmin                               | CD138                           |
| <b>Renal IHC</b>                             | S 100                                | Tdt                             |
| C4d                                          | SMA                                  |                                 |
| CMV                                          | Vimentin                             |                                 |
| SV40 (BK)                                    |                                      |                                 |
| <b>Special Stain</b>                         | <b>f. Tumor of Unknown Origin</b>    | <b>l. Myeloid Marker</b>        |
| PAS stain                                    | CK 7                                 | CD13                            |
| PAS Stain with diastase resistant            | CK 20                                | CD34                            |
| Silver stain (PAAG)                          |                                      | HLA-DR                          |
| Trichrome stain                              | <b>g. Melanoma</b>                   | <b>m. Megakaryocytes Marker</b> |
| Iron stain                                   | HMB45                                | CD 61                           |
| Reticulin stain                              | Melan-A                              | <b>n. GIST</b>                  |
| Congo red stain                              | S100                                 | CD 117 (c-kitt)                 |
| Sudan black stain                            | <b>h. Germ cell tumor</b>            |                                 |
| Melanin Bleach test                          | OCT3/OCT4                            |                                 |
| AFB stain                                    | CD 117 (c-kitt)                      |                                 |
| <b>IHC</b>                                   | <b>i. Muscle tumor</b>               |                                 |
| <b>a. Breast</b>                             | Desmin                               |                                 |
| ER                                           | SMA                                  |                                 |
| PR                                           |                                      |                                 |
| Her2/neu                                     |                                      |                                 |
| Ki67                                         |                                      |                                 |

Received by -----

Date and Time of Received -----

Original Label on Patient Sample +/-

လူနာ၏ ရောဂါရှာဖွေရေးတွင် အထောက်အကူ ဖြစ်စေရန် ဖော်ပြပါ အချက်များကို ပြည့်စုံစွာ ဖြည့်ပေးစေလိုပါသည်။

Retention Period for Patient Sample: 1 month, for Tissue Slide; 2 years, for Tissue Block: 2 years.

Thanks for Supporting SML

SML Advanced Medical Laboratory, Thingangyun (Tel: 09-768275840)  
အမှတ်- ၆၆၄/၆၆၅၊ ပြည်သာယာလမ်း၊ ဇေယျာတိုင်းအနီး၊ သင်္ဃန်းကျွန်းမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Advanced Medical Laboratory, Bahan (Tel: 09-09-780162446, 09-780162447)  
အမှတ်-၀၀၃-၀၀၄၊ ဒဂုံတာဝါ၊ ကမ္ဘာအေးဘုရားလမ်း၊ ဗဟန်းမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Advanced Medical Laboratory, Lanmadaw (Tel: 09-782018990)  
အမှတ်-၁၄၈၊ အနော်ရထာလမ်း၊ ၇ ရပ်ကွက်၊ လမ်းမတော်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Advanced Medical Laboratory, North Okkalapa (Tel: 09-73039087, 09-7825019268)  
အမှတ်-၈၊ ၂၅၀၊ ဓမ္မာသီလမ်း၊ ဆေးတက္ကသိုလ်-၂ ရှေ့၊ မြောက်ဥက္ကလာပမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Medical Laboratory, Kyeemyindaing (Tel: 09-797007771)  
အမှတ်-၈၁၊ အုန်းပင်လမ်း၊ ကြည့်မြင်တိုင်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Medical Laboratory, Insein (Tel: 09-782019259)  
အမှတ်-၂၇၄/စီ၊ မင်းကြီးလမ်း၊ ရွှေမအရှေ့ရပ်ကွက်၊ အင်းစိန်မြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Medical Laboratory, Hlaingtharyar (Tel: 09-782019087)  
တိုက်-၂၊ အခန်း-၂၃၊ နဝဒေး၊ Fame ဆေးဝါးစက်ရုံရှေ့၊ လှိုင်သာယာမြို့နယ်၊ ရန်ကုန်မြို့။

SML Medical Laboratory, Mawlamyine (Tel: 09-43118681, 0943118682)  
အမှတ်-၅၂၀၊ အောက်လမ်းမကြီး၊ ပန်းဘဲတန်းရပ်၊ မော်လမြိုင်မြို့။

SML Medical Laboratory, Taunggyi (Tel: 09-421097863, 09-421097864)  
အမှတ်-၁၃၁၊ သီတာလမ်း၊ ညောင်ရွှေဟော်ကုန်းရပ်ကွက်၊ တောင်ကြီးမြို့။

SML Medical Laboratory, Bago (Tel: 09-420255105)  
အမှတ်-၅၅၈၊ ကိုယ့်မင်းကိုယ့်ချင်းလမ်း၊ လိပ်ပြာကန်ရပ်ကွက်၊ ပဲခူးမြို့။

SML Medical Laboratory, Monywa (Tel: 09-782019297, 09-797007773)  
အမှတ်-၃၃/၃၅၊ ဗိုလ်ချုပ်လမ်း၊ အောင်ချမ်းသာမြို့သစ်၊ မုံရွာမြို့။

SML Medical Laboratory, Mandalay (Tel: 09-402705501, 09-402705502)  
အမှတ်-၆၇၊ ၇၂ လမ်း၊ ၂၈ x ၂၉ လမ်းကြား၊ မန္တလေးမြို့။

SML Medical Laboratory, Pyay (Tel: 09-254779902, 09-782019255, 09-797007778)  
အမှတ်-၁၈၊ ဗိုလ်ချုပ်လမ်း၊ ရွှေဘိုရပ်ကွက်၊ ပြည်မြို့။

SML Medical Laboratory, Patheingyi (Tel: 09-420255106, 09-782019261)  
အမှတ်-၆၅၊ မင်းကြီးလမ်း၊ ချောင်းသာကားဂိတ်အနီး၊ ပုသိမ်မြို့။

SML Medical Laboratory, Hinthada (Tel: 09-891750429, 09-793299394)  
အမှတ်-၄၇၄၊ ဆေးရုံသစ်လမ်း၊ ပန်းဘဲတန်းရပ်ကွက်၊ ဟင်္သာတမြို့။

SML Medical Laboratory, Meiktila (Tel: 09-782019305, 09-891750430)  
ကျောက်ပန်းတောင်းလမ်း၊ မတ္တီလာပြည်သူ့ဆေးရုံရှေ့၊ မတ္တီလာမြို့။