

ZLECAJĄCY/NUMER ODDZIAŁU

**badaj.to** | CENTRUM
PATOMORFOLOGII41-600 Świętochłowice
ul. Wojska Polskiego 16H

KOD KRESKOWY

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE**DANE PACJENTA**

Imię (i mona) i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

 - -

Data urodzenia (jeśli brak PESEL)

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Nieokreślona

Płeć

Adres zamieszkania:

BADANIE

- ☐ **1500** Cytologia konwencjonalna (szkiełko)
- ☐ **1502** Cytologia na podłożu płynnym LBC
- ☐ **1507** LBC + HPV
- ☐ **191** HPV DNA HR, typy 16, 18 i inne
31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)
- ☐ **1532** Cytologia z kanału odbytu (analna)
- ☐ **194** p16/Ki-67 - koekspresja białek

TRYB CITO

- ☐ **1509** LBC - CITO
- ☐ **1530** HPV typy 16, 18 i inne - CITO
- ☐ **1531** LBC + HPV - CITO

Data ostatniej miesiączki:

Poprzedni wynik cytologiczny: ☐ TAK (wskazać jakie) ☐ NIE**Wywiad onkologiczny:**Chemioterapia ☐ NIE ☐ TAKRadioterapia ☐ NIE ☐ TAKKolposkopia ☐ NIE ☐ TAK**Istotne dane kliniczne:**.....
..... - -

Data pobrania materiału:

LEKARZ ZLECAJĄCY:

Data i godzina otrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium):

 - - -

Przyjął: