



SKIEROWANIE NA BADANIE PATOMORFOLOGICZNE

TRYB WYKONANIA:

☐

RUTYNOWY

☐

PILNY (cito)

DANE PACJENTA

Imię (imona) i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

Data urodzenia (jeśli brak PESEL)

☐

Kobieta

☐

Mężczyzna

☐

Nieokreślona

Płeć

Adres zamieszkania:

Wstępne rozpoznanie kliniczne:

Wg ICD10 (5 znaków)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne? ☐ NIE ☐ TAK (wskazać jakie)Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio-, hormono- lub radioterapii? ☐ NIE ☐ TAK

Istotne dane kliniczne, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, działanie czynników zewnętrznych, aktualnie stosowane leczenie:

Uwagi dotyczące wykonania badania:

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU

NR	METODA UTRWALENIA	RODZAJ MATERIAŁU	LOKALIZACJA ZMIANY	TYP ZABIEGU	DANE DODATKOWE
1	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Narząd wycinek ☐ Wyskrobiny ☐ Inne	☐ Guz cały ☐ Guz wycinek ☐ Cytoblok ☐ Mocz	☐ Rozmaz ☐ Płyn	☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany ☐ Nie dotyczy
2	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Narząd wycinek ☐ Wyskrobiny ☐ Inne	☐ Guz cały ☐ Guz wycinek ☐ Cytoblok ☐ Mocz	☐ Rozmaz ☐ Płyn	☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany ☐ Nie dotyczy
3	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Narząd wycinek ☐ Wyskrobiny ☐ Inne	☐ Guz cały ☐ Guz wycinek ☐ Cytoblok ☐ Mocz	☐ Rozmaz ☐ Płyn	☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany ☐ Nie dotyczy
4	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Narząd wycinek ☐ Wyskrobiny ☐ Inne	☐ Guz cały ☐ Guz wycinek ☐ Cytoblok ☐ Mocz	☐ Rozmaz ☐ Płyn	☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany ☐ Nie dotyczy

Data i godzina pobrania materiału:

LEKARZ ZLECAJĄCY:

Liczba
pojemników:

Data i godzina utrwalenia materiału:

Data:

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

Przyjął: