

ZLECAJĄCY/NUMER ODDZIAŁU



badaj.to

CENTRUM
PATOMORFOLOGII41-600 Świętochłowice
ul. Wojska Polskiego 16H

KOD KRESKOWY

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

DANE PACJENTA

Imię (imona) i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

Data urodzenia (jeśli brak PESEL)

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Nieokreślona

Płeć

Numer dokumentu tożsamości (w przypadku braku nr Pesel):

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☐ 36 Panel infekcji urogenitalnych met. PCR
Ch. trachomatis, M. genitalium, U. urealyticum/parvum☐ 29 Panel infekcji urogenitalnych met. PCR
Ch. trachomatis, M.genitalium, M. hominis,
U.urealyticum/U.parvum☐ 35 Panel infekcji urogenitalnych met. qPCR
Ch. Trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium,
M. hominis, U. urealyticum/U.parvum, T. vaginalisTRYB 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: