Jednostka zlecająca:	MSS w Ostrołęce /logo/

Zakład Patomorfologii

SKIEROWANIE NA BADANIE PATOMORFOLOGICZNE:

☐ **SEKCYJNE**

DANE PACJENTA *(wypełnia lekarz kierujący)*

..... Imię (imiona) i nazwisko pacjenta	Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Nieokreślona ☐ Nieznana
| | | | | | | | | | | | Numer PESEL [w przypadku noworodka PESEL matki]	| | | | | - | | | - | | | R R R R - MM - D D Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (jeżeli brak PESEL):

.....

..... Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona	..... Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego:

Data i godzina przyjęcia do szpitala: \| \| \| \| \| - \| \| \| - \| \| \| \| \| \| : \| \| \|
R R R R - M M - D D H H : M M

Rozpoznanie wstępne kliniczne:	| | | |.| | | wg ICD-10 (5 znaków)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?	☐ Tak ☐ Nie

Wcześniejsze rozpoznanie:

.....

Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?	☐ Tak ☐ Nie

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie:

.....

Data i godzina zgonu

\| \| \| \| \| - \| \| \| - \| \| \| \| \| \| : \| \| \|
R R R R - M M - D D H H : M M

Data i godzina pobrania narządów do przeszczepu /jeśli dotyczy/

\| \| \| \| \| - \| \| \| - \| \| \| \| \| \| : \| \| \|
R R R R - M M - D D H H : M M

Data i godzina zlecenia badania

| | | | | - | | | - | | | | | | : | | |

RRRR-MM-DD HH:MM

Uwagi:

Oznaczenie lekarza kierującego:

.....

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

Oznaczenie lekarza kierującego - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.
Dane przedstawiciela ustawowego **w**ypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.