Skierowanie na badanie patomorfologiczne

Jednostka zlecająca:	MSS w Ostrołęce /logo/

Zakład Patomorfologii

SKIEROWANIE NA BADANIE PATOMORFOLOGICZNE:

☐ **HISTOPATOLOGICZNE** / ☐ **CYTOLOGICZNE** / ☐ **ŚRÓDOPERACYJNE** / ☐ **IHC** / ☐ **HC** /

☐ **KONSULTACYJNE**

Tryb wykonania:
☐ INTRA (bardzo pilny) ☐ DiLO (pilny)
☐ CITO (pilny) ☐ RUTYNOWY (normalny)

Oczekiwana data wyniku nie rutynowego: I I I I I - I I I - I I I
R R R R - M M - D D

DANE PACJENTA *(wypełnia lekarz kierujący)*

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

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

.....

Adres miejsca zamieszkania:

.....

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

Rozpoznanie wstępne kliniczne: .... Typ zabiegu:	I I I I.I I I 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:

.....

Uwagi dotyczące wykonania badania:

.....

POBRANY MATERIAŁ *(wypełnia lekarz kierujący)*

Data i godzina pobrania materiału: I I I I I - I I I - I I I I I I : I I I
R R R R - M M - D D H H : M M

Data i godzina utrwalenia materiału: I I I I I - I I I - I I I I I I : I I I
R R R R - M M - D D H H : M M

Data i godzina zlecenia badania: I I I I I - I I I - I I I
R R R R - M M - D D

Liczba pojemników:

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału[3] i lokalizacja zmiany
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	
	☐ Nieutrwalony ☐ 10% formalina ☐ Inny:	

Uwagi:

Oznaczenie lekarza kierującego:

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc w śródmiąższowych chorobach płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych.
Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.
Adres zamieszkania – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.
Rodzaj materiału – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktat, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny, Płyn, Plwocina, Rozmaz.
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.

Data i godzina przyjęcia materiału
(wypełnia Zakład Patomorfologii): I I I I I - I I I - I I I I I I : I I I

R R R R - M M - D D H H : M M

Przyjął: