ZLECAJĄCY/NUMER ODDZIAŁU

badaj.to CENTRUM PATOMORFOLOGII

41-600 Świętochłowice
ul. Wojska Polskiego 16H

KOD KRESKOWY

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

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 ☐ Guz cały ☐ Rozmaz ☐ Narząd wycinek ☐ Guz wycinek ☐ Płyn ☐ Wyskrobiny ☐ Cytoblok ☐ Mocz ☐ Inne			☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany
2	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Guz cały ☐ Rozmaz ☐ Narząd wycinek ☐ Guz wycinek ☐ Płyn ☐ Wyskrobiny ☐ Cytoblok ☐ Mocz ☐ Inne			☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany
3	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Guz cały ☐ Rozmaz ☐ Narząd wycinek ☐ Guz wycinek ☐ Płyn ☐ Wyskrobiny ☐ Cytoblok ☐ Mocz ☐ Inne			☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany
4	☐ 10% roztwór zbuforowanej formaliny ☐ Inny:	☐ Narząd cały ☐ Guz cały ☐ Rozmaz ☐ Narząd wycinek ☐ Guz wycinek ☐ Płyn ☐ Wyskrobiny ☐ Cytoblok ☐ Mocz ☐ Inne			☐ Cała zmiana ☐ Wycinek ze zmiany

Data i godzina pobrania materiału: – – – –

Data i godzina utrwalenia materiału: – – – –

LEKARZ ZLECAJĄCY:

Liczba pojemników:

Data: – –

Data i godzinaotrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium): – – – –

Przyjął: