



Skierowanie/zlecenie do badania patomorfologicznego

LA 1

JDP-FW1

FW 2,

Pracownia Patomorfologiczna

Tel. (61) 8419-277

BN¹

Nazwisko i imię (imiona) pacjenta:

PESEL:^{2,3}

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia: Płeć: M K Data ostatniej miesiączki (jeśli dotyczy):

Adres miejsca zamieszkania:

Rodzaj materiału: materiał tkankowy materiał cytologiczny

Data i godzina pobrania materiału:

Tryb badania: NORMALNY PILNY BARDZO PILNY BADANIE ŚRÓDOPERACYJNE

Rodzaj badania: HISTOLOGICZNE CYTOLOGICZNE HISTOCHEMICZNE IMMUNOHISTOCHEMICZNE KONSULTACYJNE
 KWALIFIKACJA DO BADAŃ MOLEKULARNYCH

Rozpoznanie kliniczne wstępne (lub podejrzenie)⁴:

Rodzaj, typ i zakres operacji:

Rodzaj materiału i lokalizacja anatomiczna przesyłanego materiału/zmiany lub miejsce jego pobrania (z opisem, dla każdego pojemnika osobno). Numeracja pojemników (cyframi arabskimi) i opisy zawartych w nich materiałów muszą być zgodne

Materiał utrwalony TAK NIE Rodzaj utrwalacza formalina inny (jaki)

Data i godzina utrwalenia materiału:

Dane kliniczne: (informacje o poprzednim leczeniu, szczególnie hormono-, chemo- i radioterapii; informacje o wcześniej rozpoznanej innej chorobie nowotworowej; wyniki badań obrazowych, endoskopowych i laboratoryjnych) - mogą być załączniki

Wcześniejsze badania histopatologiczne i/lub cytologiczne (numer, pracownia, rozpoznanie) - mogą być załączniki

Informacja o stosowanym leczeniu – mogą być załączniki

Data i godzina dostarczenia do Pracowni:

.....
Pieczęć i podpis pracownika Pracowni

.....
Data wystawienia skierowania

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego i zlecającego na badanie
(imię i nazwisko, posiadana specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu, podpis)

Uwagi Pracowni Patomorfologicznej (z datą, pieczęcią i podpisem)

¹ Wpisać numer protokołu/nazwę lub numer badania naukowego zgodnie z instrukcją prowadzenia badań naukowych (D/1/022)

² w przypadku noworodka - nr PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

³ w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

⁴ rozpoznanie wstępne kliniczne, numery statystyczne ustalone według aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych wg aktualnie obowiązującej Rewizji oraz fakultatywnie według klasyfikacji SNOMED CT (Systematized Nomenclature Of Medicine – Clinical Terms)