Data:

SKIEROWANIE DO PRACOWNI HISTOPATOLOGII

Rodzaj badania:

	histopatologiczne		cytologia ginekologiczna
	śródoperacyjne		biopsja cenkoigłowa
	cytologiczne		oligobiopsja

Nr początkowy

Nr końcowy badania

Tryb badania:

☐ Normalny ☐ Pilny ☐ Bardzo pilny

Nazwisko i imię:

Nr PESEL: **Płeć:** **Nr historii choroby:** **Lat:** **Data urodzenia:** DD MM RRRR

Miejsce zamieszkania:

Rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość:

***Imie (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego zamieszkania:**

Rodzaj materiału:

	narząd cały		wyskrobiny
	narząd wycinek		tkanka
	narząd punktat		płyn
	guz cały		plwociny
	guz wycinek		rozmaz

Miejsce pobrania (topografia):

Typ zabiegu:

Metoda utrwalenia pobranego materiału:

Data i godz. utrwalenia:

WSKAZANIA MEDYCZNE DO WYKONANIA BADANIA:

Rozpoznanie rozpoznanie wstępne kliniczne: **

KOD ICD - 10:

Istotne dane kliniczne oraz wyniki badań dodatkowych w szczególności hematologicznych i radiologicznych niezbędnych do uzyskania rozpoznania patomorfologicznego:

Informacje o stosowanym leczeniu:

Informacje o wcześniejszych badaniach histopatologicznych lub cytologicznych oraz istotnych innych badaniach diagnostycznych pacjenta:

Jednostka kierująca: *(Wyraźna pieczątka)*

Data pobrania:

Godzina pobrania:

Oznaczenie lekarza pobierającego i kierującego: *(Wyraźna pieczątka i podpis)*

NPWZ:
Imie i nazwisko, specjalizacja, NPWZ, podpis

** W przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona, lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.*

*** Rozpoznanie wstępne kliniczne, numery statystyczne ustalone wg Międzynarodowej Statystycznej klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizji Dziesiątej oraz fakultatywnie wg klasyfikacji SNOMED CT (Systematized Nomenclature Of Medicine - Clinical Terms)*