

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE / CYTOLOGICZNE

Zakład Patomorfologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100
Tel. 81-537-48 74, 81-537 47 92

Data otrzymania materiału przez
Zakład Patomorfologii

Tryb wykonania:

☐ Dilo☐ Bardzo pilny☐ Pilny☐ Normalny

Numer badania:

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

Imię (Imiona) i Nazwisko Pacjenta:

☐ Kobieta☐ Mężczyzna

Numer Pesel (w przypadku noworodka numer Pesel matki)

Data Urodzenia

R	R	R	R	-	M	M	-	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL- nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Adres zamieszkania

(wypełnić w przypadku gdy pacjent jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody)

Imię (Imiona) i Nazwisko przedstawiciela ustawowego

Adres zamieszkania

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

(wg. ICD-10):

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie, wyniki badań laboratoryjnych (istotnych dla rozpoznania)

Wcześniejsze badania histopatologiczne/ cytologiczne/wynik poprzedniego badania:

Data ostatniej
miesiączki
(w przypadku materiału
ginekologicznego)

Rodzaj materiału i lokalizacja zmiany anatomicznej:

metoda utrwalenia materiału

☐ Nieutrwalony☐ 10% Formalinaliczba
pojemników

pieczęć i podpis lekarza kierującego

Data pobrania materiału / godzina pobrania

☐ Inny - jaki

Uwaga!

1. Materiał natychmiast po pobraniu należy umieścić w 10% formalinie buforowanej. Ilość płynu utrwalającego powinna być 10-krotnie większa niż objętość materiału. Materiał cytologiczny spryskiwać Cytotfixem.
2. W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych.

Nr badania	OPIS MAKROSKOPOWY
------------	--------------------------

ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE / CYTOLOGICZNE

pobrał: technik (data i podpis)	ocenił: lekarz patomorfolog (data i podpis)	konsultował: data, pieczętka i podpis lekarza patomorfologa
--	---	--

liczba blochków:

liczba preparatów: