



**Instytut
Matki i Dziecka**

ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa, e-mail: zaklad.patomorfologii@imid.med.pl, Tel. + 48 22 32 77 259,
NIP:525 000 84 71 REGON:000 288 395 KRS:0000050095
Kod resortowy: Cz.I kodu resortowego: 000000018580 Cz.V kodu resortowego:17 Cz.VII kodu resortowego:66
Kierownik: Dr.n.med. Michał Pyzlak

Oznaczenie jednostki zlecającej:

Kod kreskowy:

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Tryb wykonania RUTYNOWY PILNY (cito) BARDZO PILNY
 DiLO (pilny) Badanie kliniczne, nr protokołu:.....

Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):

RRRR - MM - DD

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

Płeć: Kobieta Mężczyzna
 Nieokreślona Nieznana

Numer PESEL

RRRR - MM - DD

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego⁵

Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego^{2,5}

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

Wg ICD 10

Wg ICD 11

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?

Tak (jakie?)
 Nie

Wcześniejsze rozpoznanie:

Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?

Tak Nie

Istotne dane kliniczne, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, działanie czynników zewnętrznych:

Uwagi dotyczące wykonania badania:

Czy uzyskano zgodę pacjenta/ opiekuna prawnego na:

wykonanie badania genetycznego:

Tak Nie

przetwarzanie danych osobowych:

Tak Nie

transmisję wyników badań drogelektroniczną:

Tak Nie

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU³ (wypełnia lekarz zlecający)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału i lokalizacja anatomiczna zmiany	Doszczędność zabiegu
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany

Data i godzina pobrania materiału:

RRRR - MM - DD HH : MM

Data wystawienia skierowania:

RRRR - MM - DD

Liczba pojemników:

□ □

Data i godzina utrwalenia materiału:

RRRR - MM - DD HH : MM

Data i godzina otrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium):

RRRR - MM - DD HH : MM

Przyjął:

Oznaczenie lekarza zlecającego⁴:

POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy (wypełnia lekarz zlecający w przypadku powyżej 2 naczyń z materiałem)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału i lokalizacja anatomiczna zmiany	Doszczędność zabiegu
3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
5.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
6.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
7.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
8.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
9.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
10.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
11.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
12.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
13.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
14.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
15.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny:		<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany
Uwagi:		Oznaczenie lekarza zlecającego⁴:	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
 zaznacz właściwe

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.

¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

³ W przypadku liczby naczyń z materiałem większej niż 2, wypełnia się tabelę na drugiej i trzeciej stronie.

⁴ Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

⁵ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.

