



**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 Pyżlak

Oznaczenie jednostki zlecającej:

Kod kreskowy:

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

Tryb wykonania: RUTYNOWY
 DiLO (pilny)

PILNY (cito)
 BARDZO PILNY

Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):

RRRRR - MM - DD

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)

Płeć: Kobieta Mężczyzna
 Nieokreślona Nieznana

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

PESEL

RRRRR - MM - DD

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego³

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, stosowane leczenie:

Uwagi dotyczące wykonania badania:

Czy uzyskano zgodę pacjenta/ opiekuna prawnego na:

wykonanie badanie genetycznego:

Tak Nie

przetwarzanie danych osobowych:

Tak Nie

transmisję wyników badań drogą elektroniczną:

Tak Nie

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU³ (wypełnia lekarz zlecający)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału/ Lokalizacja anatomiczna zmiany/ Typ zabiegu	Dane dodatkowe
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix,Fixocyt <input type="checkbox"/> Formalina/ sól fizjologiczna		<input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkachszt. <input type="checkbox"/> pojemnik (cellblock)..... szt
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix,Fixocyt <input type="checkbox"/> Formalina/ sól fizjologiczna		<input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkachszt. <input type="checkbox"/> pojemnik (cellblock).....szt.
Data i godzina pobrania materiału: RRRRR - MM - DD HH : MM		Data wystawienia skierowania:	
Data i godzina utrwalenia materiału: RRRRR - MM - DD HH : MM		RRRRR - MM - DD	
Data i godzina otrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium): RRRRR - MM - DD HH : MM		Przyjął: Oznaczenie lekarza zlecającego ⁴ :	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. Instrukcja wypełnienia formularza znajduje się na odwrocie.

zaznaczyć właściwie

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 stronie i dalej.

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.