



**SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ**

Tryb wykonania:  PILNY  BARDZO PILNY  RUTYNOWY

**DANE PACJENTA** (wypełnia lekarz zlecający)

Płeć:  Kobieta  Mężczyzna  
 Nieokreślona  Nieznana

Imię (imiona) i nazwisko

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

Numer PESEL Numer PESEL

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

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Adres miejsca zamieszkania<sup>2</sup>:

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego<sup>2,4</sup>

Wg ICD 10

Wg ICD 11

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

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

Czy pacjentka ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?

Tak (wskazać jakie?)  Nie

Wcześniejsze rozpoznanie:

Czy pacjentka była poddana wcześniejszej chemio- lub radioterapii?

Tak  Nie

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie ( IUD,  hormonoterapia):

**HPV HR (high risk):**  
 Tak  Nie

VIRGO: T / N

CIĄŻA: T / N

Liczba porodów:

Data ostatniej miesiączki:

Data:

Ostatnie badanie cytologiczne

Ocena:

Czy uzyskano zgodę pacjenta/ opiekuna prawnego na:

**wykonanie badanie genetycznego:**

Tak  Nie

**przetwarzanie danych osobowych:**

Tak  Nie

**transmisję wyników badań drogą elektroniczną:**

Tak  Nie

**OPIS MAKROSKOPOWY SZYJKI** (wypełnia lekarz zlecający)

b/z		zacerwienie		erytroplakia		leukoplakia		torbiele Nabotha		nadżerka	
polip		pęk. uj.		krwawienie		owrzodzenie		naciek		stan po amputacji	

**INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU** (wypełnia lekarz zlecający)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału	Lokalizacja anatomiczna zmiany	Dane dodatkowe
1.	<input type="checkbox"/> Cytotfix, Fixocyt <input type="checkbox"/> alk. etyl. 96%			<input type="checkbox"/> rozmary na szkiełkach .....szt.
2.	<input type="checkbox"/> Cytotfix, Fixocyt <input type="checkbox"/> alk. etyl. 96%			<input type="checkbox"/> rozmary na szkiełkach .....szt.

Oznaczenie lekarza zlecającego<sup>3</sup>:

Data i godzina pobrania materiału:

R	R	R	R	-	M	M	-	D	D	HH	:	MM
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	----

Data wystawienia skierowania:

Data i godzina utrwalenia materiału:

R	R	R	R	-	M	M	-	D	D	HH	:	MM
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	----

Oznaczenie osoby pobierającej (jeśli nie jest lekarzem zlecającym)

**(WYPEŁNIA LABORATORIUM):**

Liczba pojemników:

--	--	--	--

Data i godzina otrzymania materiału:

R	R	R	R	-	M	M	-	D	D	HH	:	MM
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	----

Przyjął (Pracownik Zd.P.):

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

zaznaczyć właściwie

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

<sup>2</sup> Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

<sup>3</sup> Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>4</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.