

Oznaczenie jednostki zlecającej:	<b>Zakład Patomorfologii</b>  <b>Instytut Matki i Dziecka</b>	ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa, Nr tel. +48 22 32 77 259, Mail: zaklad.patomorfologii@imid.med.pl KRS:0000050095 NIP:525 000 84 71 REGON:000 288 395 Kod reseortowy: (I) 000000018580,(V)17,(VII),66 Kierownik: Dr n.med. Michał Pyzlak
----------------------------------	---	--

### SKIEROWANIE NA BADANIE KWALIFIKACJI DO BADAŃ DODATKOWYCH

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

#### DANE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
Numer PESEL	Numer PID (w przypadku pacjenta NIO-PIB)	Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość<sup>1</sup>: .....

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

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego <sup>4</sup>	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego <sup>2,4</sup>
--	--

**Rozpoznanie wstępne kliniczne:**

Wg ICD 10 (5 znaków)	Wg ICD 11
----------------------	-----------

**Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?**     Tak (wskazać jakie?)     Nie

**Wcześniejsze rozpoznanie:**  
.....

**Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?**     Tak     Nie

**Istotne dane kliniczne, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, działanie czynników zewnętrznych, aktualnie stosowane leczenie:**  
.....

**Uwagi dotyczące wykonania badania:**  
.....

**Czy uzyskano zgodę pacjenta/ opiekuna prawnego na:**

wykonanie badanie genetycznego: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	przetwarzanie danych osobowych: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	transmisję wyników badań drogą elektroniczną: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	--	--

#### INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZAJU KWALIFIKACJI (wypełnia lekarz zlecający)

1.	<input type="checkbox"/> Molekularne <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> NGS	Wpisać nazwę badanego genu <input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/> Immunohistochemiczne	Wpisać nazwę oznaczenia IHC <input type="checkbox"/>

#### MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KWALIFIKACJI (wypełnia lekarz zlecający)

<input type="checkbox"/> Badanie histopatologiczne nr.....	<input type="checkbox"/> oryginalne rozpoznanie histopatologiczne
<input type="checkbox"/> Badanie cytologiczne nr.....	<input type="checkbox"/> oryginalne rozpoznanie cytologiczne

**Typ zabiegu:** .....    **Metoda utrwalenia:** .....

**Adres do wysyłki<sup>2</sup>:**  
.....

<b>Data i godzina pobrania materiału:</b> R R R R - M M - D D    H H : M M	<b>Data wystawienia skierowania:</b> R R R R - M M - D D
<b>Data i godzina utrwalenia materiału:</b> R R R R - M M - D D    H H : M M	

<b>Data i godzina otrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium):</b> R R R R - M M - D D    H H : M M	Przyjął:	Oznaczenie lekarza zlecającego <sup>3</sup> :
--	----------	---

<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.