Oznaczenie jednostki zlecającej:

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

Kod kreskowy:

SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE

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 tożsamość[1]:
.....

Adres miejsca zamieszkania[2]:
.....

..... *Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego[4]*	..... *Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego[2,4]*

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 badanie genetycznego:	**przetwarzanie danych osobowych:**	**transmisję wyników badań drogą elektroniczną:**
☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI *(wypełnia lekarz zlecający)*

Preparaty histopatologiczne/cytologiczne/bloczki parafinowe – oryginalne numery oraz ilość:

☐ preparaty histopatologiczne nr…….....	☐ ilość …….....
☐ preparaty cytologiczne nr…….....	☐ ilość …….....
☐ bloczki parafinowe nr ……..	☐ ilość ……
☐ oryginalne rozpoznanie patomorfologiczne	

Typ zabiegu:	**Metoda utrwalenia:** ……

Adres do wysyłki[2]:
.....

Data i godzina pobrania materiału: RRRR-MM-DD HH:MM **Data i godzina utrwalenia materiału:** RRRR-MM-DD HH:MM **Data wystawienia skierowania:** RRRR-MM-DD HH:MM	**UWAGA!** **NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE!** **BADANIA ZLECONE BEZ ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA NIE ZOSTANĄ PODJĘTE.**
Data i godzina otrzymania materiału (wypełnia laboratorium): RRRR-MM-DD HH:MM	Przyjął:

Oznaczenie lekarza zlecającego[3]:

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. Instrukcja wypełnienia formularza znajduje się na odwrocie.
☒ 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] Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.
[4] Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.