**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII KLINICZNEJ UCK**

…………………………………………………..…………..….
pieczątka jednostki kierującej
(REGON, telefon kontaktowy)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa badania\*: |  | histopatologiczne  |  | cytologiczne |
|  | immunohistochemiczne |  | konsultacja |

\*- X - zaznaczyć właściwe

Tryb badania\*: rutynowy badanie śródoperacyjne DILO
\* - X - zaznaczyć właściwe

**Inne istotne informacje dla badań:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| **Dane pacjenta:**  |
| Nazwisko i imię: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………… |
|  |
| Data urodzenia: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | r. | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Płeć: | 🞎 M 🞎 K |
|  | dzień |  | miesiąc |  | rok  |  |
|  |
| \*jeżeli pacjent nie posiada PESEL – podanie dokumentu tożsamości …………………………………………………………………………………………………. |

**Dane kliniczne i rozpoznanie kliniczne: ICD10:…………………………………….……………**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj materiału:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Data pobrania materiału**………………………………...........

**Wcześniejsze badania patomorfologiczne:**
(w przypadku konsultacji konieczna jest kserokopia wcześniejszych badań)
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………..………………………………………………….………
 pieczęć, podpis lekarza zlecającego (NPWK)