**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)