|  |
| --- |
| JEDNOSTKA KIERUJĄCA |

|  |
| --- |
| NAKLEJKA LABORATORIUM |



**Wojewódzki Szpital Zespolony**

**im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie**

ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin

**ZAKŁAD PATOMORFOLOGII**

**tel.63240 45 60 fax. 63240 45 61**

**SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE/CYTOLOGICZNE**

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA LABORATORIUM |

** STANDARD  CITO  DILO**

………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko pacjenta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

**ROZPOZNANIE KLINICZNE:**

Wywiad: choroby, nowotwory, operacje, data OM, badania obrazowe **wg ICD 10:**

**BEZ LECZENIA / W TRAKCIE / PO LECZENIU WYNIKI POPRZEDNICH BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH: wg ICD-O-3:**

rozpoznanie histopatologiczne, nr badania

**** radioterapia ****  chemioterapia

****  immunoterapia **** farmakoterapia

**** hormonoterapia **** inne leczenie (jakie ?)

**SPOSÓB UTRWALANIA: ** FORMALNA buforowana 10%

**** Inne ……………………………………

**POBRANY MATERIAŁ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NR POJEMNIKA** | **RODZAJ MATERIAŁU\*** | **TOPOGRAFIA / LOKALIZACJA (narząd, okolica)** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |

**\*** 1. Cała zmiana, 2. wycinek, 3. materiał pooperacyjnej, 4. wyskrobiny, 5. oligobiopsja, 6. płyn, 7. wymaz, 8. plwocina, 9. BAC, 10. BGI, 11, inny

**DATA POBRANIA MATERIAŁU GODZINA LICZBA POJEMNIKÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ………………………….…………………  **materiał przygotował/oznaczył (imię, nazwisko, nr. Tel.**) |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **:** |  |  |

Lekarz kierujący

pieczątka/podpis/tel. kontaktowy

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA LABORATORIUM** | **DATA** |
| DOSTARCZENIA MATERIAŁU |  |
| POBRANIA WYCINKÓW |  |
| WYKONANIA PREPARATÓW |  |
| POBRANIA DODATKOWYCH WYCINKÓW |  |