

JEDNOSTKA KIERUJĄCA



**SZPITAL
KONIN**
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

NAKLEJKA LABORATORIUM

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE/CYTOLOGICZNE

STANDARD

CITO

DILO

WYPEŁNIA LABORATORIUM

.....
Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

ROZPOZNANIE KLINICZNE:

Wywiad: choroby, nowotwory, operacje, data OM, badania obrazowe

wg ICD 10: _____

BEZ LECZENIA / W TRAKCIE / PO LECZENIU

- radioterapia chemioterapia
 immunoterapia farmakoterapia
 hormonoterapia inne leczenie (jakie ?)

WYNIKI POPRZEDNICH BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH:

rozpoznanie histopatologiczne, nr badania

wg ICD-O-3: _____

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 I UTRWALENIA MATERIAŁU

GODZINA

LICZBA POJEMNIKÓW

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

		:		
--	--	---	--	--

--

.....
materiał orzeczotował/oznaczył (imie, nazwisko, nr. Tel.)

WYPEŁNIA LABORATORIUM	DATA
DOSTARCZENIA MATERIAŁU	
POBRANIA WYCINKÓW	
WYKONANIA PREPARATÓW	
POBRANIA DODATKOWYCH WYCINKÓW	

Lekarz kierujący

pieczętka/podpis/tel. kontaktowy