

.....  
(Podmiot kierujący)

.....  
(Lekarz kierujący – pieczęć z nr PWZ)

.....  
Nazwisko i imię pacjenta

K  M  
.....  
Płeć

.....  
Data urodzenia/wiek

.....  
PESEL

.....  
Adres

## SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOPATOLOGICZNE (DO NZOZ „Cellula”)

1. TRYB WYKONANIA BADANIA

Normalny

Pilny (cito)

2. ROZPOZNANIE KLINICZNE (z ICD10PL) .....

3. RODZAJ MATERIAŁU:

Rozmaz

Aspirat

Wymaz

Płyn

Inne

Płwocina

Popłuczyny

4. MIEJSCE POBRANIA (LOKALIZACJA ANATOMICZNA): .....

5. RODZAJ ZABIEGU/METODA POBRANIA MATERIAŁU: .....

6. DATA I GODZINA POBRANIA: .....

7. UTRWALACZ:

96% alkohol etylowy

Inne

Cytifix/podobny

Podłoże płynne (LBC)

8. DATA I GODZINA UTRWALENIA: .....

9. ISTOTNE DANE KLINICZNE: .....

(Przebieg choroby, wyniki badań, leki, chemio-, rtg-, immunoterapia, data OM i inne)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....