....

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

..... K M .....

Nazwisko i imię pacjenta 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 ☐ Wymaz ☐ Plwocina
   ☐ Aspirat ☐ Płyn ☐ Popłuczyny
   ☐ Inne
4. MIEJSCE POBRANIA (LOKALIZACJA ANATOMICZNA): .....
5. RODZAJ ZABIEGU/METODA POBRANIA MATERIAŁU: .....
6. DATA I GODZINA POBRANIA: .....
7. UTRWALACZ: ☐ 96% alkohol etylowy ☐ Cytofix/podobny
   ☐ Inne ☐ Podłoże płynne (LBC)
8. DATA I GODZINA UTRWALENIA: .....
9. ISTOTNE DANE KLINICZNE: .....
   (Przebieg choroby, wyniki badań, leki, chemio-, rtg-, immunoterapia, data OM i inne)

   .....

   .....

   .....

   .....