

.....
(Podmiot kierujący)

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

.....
Nazwisko i imię pacjenta

K M
Płeć

.....
Data urodzenia/wiek

.....
PESEL

.....
Adres

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE (DO NZOZ „Cellula”)

1. TRYB WYKONANIA BADANIA Normalny Pilny (cito)

2. ROZPOZNANIE KLINICZNE (z ICD10PL)

.....

3. RODZAJ MATERIAŁU:

<input type="checkbox"/> Narząd cały	<input type="checkbox"/> Guz cały	<input type="checkbox"/> Zmiana cała
<input type="checkbox"/> Narząd wycinek	<input type="checkbox"/> Guz wycinek	<input type="checkbox"/> Zmiana wycinek
<input type="checkbox"/> Wyskrobiny	<input type="checkbox"/> Oligobioptat	<input type="checkbox"/> Inne

4. MIEJSCE POBRANIA (LOKALIZACJA ANATOMICZNA):

5. RODZAJ ZABIEGU/METODA POBRANIA MATERIAŁU:

6. DATA I GODZINA POBRANIA:

7. UTRWALACZ: 10% roztw. zbuforowanej formaliny Inny

8. DATA I GODZINA UTRWALENIA:

9. ISTOTNE DANE KLINICZNE:

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

.....

.....

.....

.....