

.....
(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, chemo-, rtg-, immunoterapia, data OM i inne)
-
-
-
-