

Standardowy

Pilny

DiLO

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1
im. prof. T. Sokołowskiego
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
ZAKŁAD PATOMORFOLOGII
71-252 Szczecin, ul. Unii Lubelskiej 1
tel. 91 425 34 81, 91 425 34 82, tel./fax 91 487 00 32
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Urasińska

Pieczęć jednostki zlecającej

Skierowanie do badania histopatologicznego/cytologicznego* NR

..... /

Data pobrania materiału

Godzina pobrania

.....
Data otrzymania materiału

DANE OSOBY KIEROWANEJ NA BADANIE

.....
Imię i nazwisko

.....
Pesel

.....
Adres miejsca zamieszkania

.....
W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

Rodzaj materiału i lokalizacja zmiany anatomicznej:

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, zastosowane leczenie:

ICD10

SNOMED CT

Wcześniejsze badanie histopatologiczne/cytologiczne/istotne badania diagnostyczne:

NIE TAK
kiedy i gdzie

Metoda utrwalenia materiału: formalina inne

Rodzaj badania: cyt. ginekologiczna bac. cyt. inne histopatologia

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO (wypełnić, jeśli osoba kierowana na badanie jest małoletnia)

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

* właściwe podkreślić