Nr badania ŚRÓDOPERACYJNEGO (*wypełnia Zakład Patomorfologii*)	Oznaczenie jednostki kierującej	**Nr badania HP** (*wypełnia Zakład Patomorfologii*)

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Zakład Patomorfologii, Placentologii i Hematopatologii Klinicznej
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy
ul. K. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

Tryb wykonania
☐ RUTYNOWY ☐ PILNY ☐ BARDZO PILNY ☐ DiLO

Rodzaj badania:
☐ HISTOPATOLOGICZNE
☐ ŚRÓDOPERACYJNE
☐ KONSULTACYJNE

WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Nazwisko	Imię/Imiona	PESEL* (nr dok. potwierdzającego tożsamość)
Data urodzenia	**Płeć**	**ID**
Adres miejsca zamieszkania		

INFORMACJE KLINICZNE

Rodzaj materiału:
1. Narząd cały ☐
2. Narząd wycinek ☐
3. Narząd punktat ☐
4. Guz cały ☐
5. Guz wycinek ☐
6. Tkanka ☐
7. Wyskrobiny ☐

Lokalizacja anatomiczna zmiany (topografia):

Rodzaj zabiegu operacyjnego:

Cel badania:

ROZPOZNANIE KLINICZNE: **wg ICD10:**

Poprzednie wyniki badań HP / biopsji	Nr badania	Jednostka wykonująca	Data
	Rozpoznanie:		

Istotne dane kliniczne:

Dodatkowe uwagi: (np. zabezpieczenie materiału do dodatkowych badań):

Lekarz kierujący: Data……

Czytelny podpis i pieczątka Nr tel.:

Data i godz. pobrania materiału ……

Data i godz. utrwalenia materiału……

Metoda utrwalenia materiału:
☐ formalina ☐ nieutrwalony ☐ inne……

Data i godz. przyjęcia do LZP ……..**podpis pracownika LZP**……

Data i godz. wydania preparatów ……..**podpis pracownika LZP**……

Materiał natychmiast po pobraniu należy umieścić w 10% buforowanej formalinie (pH 7,2-7,4) w objętości 10-krotnie większej niż objętość tkanki.

**W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, należy podać: imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego, adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego.*

W Y N I K
B A D A N I A

Pobierający lekarz patomorfolog:……..
Pobierający diagnosta laboratoryjny:……..
Data i godz. pobrania……..
Zatapianie (data/podpis)……..
Barwienie (data/podpis)……..

Ilość bloczków -
Ilość preparatów: HE -
HC -
IHC -
Procedury:

OPIS MAKROSKOPOWY:

ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE:

Oceniający……..… Konsultujący……

Czytelny podpis
Data……

Czytelny podpis
Data……..

WYPEŁNIA ZAKŁAD PATOMORFOLOGII