Oznaczenie jednostki kierującej	**Nr badania C** (*wypełnia Zakład Patomorfologii*)

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

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

Rodzaj materiału
☐ ROZMAZ
☐ PŁYN

Tryb wykonania
☐ RUTYNOWY ☐ PILNY ☐ BARDZO PILNY ☐ DiLO

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

Adres miejsca zamieszkania

INFORMACJE KLINICZNE

Rodzaj materiału: ☐ PMR ☐ MOCZ ☐ BAC ☐ BAL ☐ PŁYN Z JAM CIAŁA ☐ INNE……

Miejsce pobrania (topografia):

Rozpoznanie kliniczne: **wg ICD10:**

Cel badania:

Poprzednie wyniki badań HP/biopsji:

Nr badania	Rozpoznanie	Data

Istotne dane kliniczne: ☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia ☐ Immunoterapia ☐ Terapia celowana ☐ Hormonoterapia

Utrwalenie materiału: ☐ 95-96% alkohol etylowy ☐ CYTOFIX ☐ inne……..

Lekarz kierujący: Data……

Czytelny podpis i pieczątka Nr tel.:

Data i godz. pobrania materiału……..

Data i godz. utrwalenia materiału……

Data i godz. przyjęcia do LZP……Podpis pracownika LZP……

Data i godz. wydania preparatów……Podpis pracownika LZP……

WYNIK BADANIA:

Oceniający……

Czytelny podpis

Data……

Konsultujący ……

Czytelny podpis

Data ……

**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.*