Nr…

**Zasady udostępniania bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych/ cytologicznych w Zakładzie Patomorfologii USK Nr 4 w Lublinie**

1. Warunkiem koniecznym udostępnienia bloczków parafinowych, preparatów histopatologicznych /cytologicznych jest akceptacja poniższych zasad udostępniania i zwrotu bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych/ cytologicznych.
2. Bloczki parafinowe i/ lub preparaty histopatologiczne/ cytologiczne udostępniane są na pisemny wniosek (wzór poniżej) pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub innej osobie upoważnionej przez pacjenta. Przez osobę upoważnioną przez pacjenta należy rozumieć osobę posiadającą pisemne upoważnienie zawierające dane osoby upoważniającej (imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL – a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz adres miejsca zamieszkania) i dane osoby upoważnianej (imię i nazwisko oraz rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość).
3. Od momentu udostępnienia bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych /cytologicznych wyłączną odpowiedzialność za ich zagubienie lub zniszczenie, itp. ponosi osoba, której przekazano w/w.
4. Zniszczone lub zagubione bloczki parafinowe i/ lub preparaty histopatologiczne/ cytologiczne nie podlegają odtworzeniu.
5. Po zrealizowaniu celu, w jakim zostały udostępnione bloczki parafinowe i/ lub preparaty histopatologiczne /cytologiczne powinny być bezzwłocznie zwrócone do Zakładu Patomorfologii USK Nr 4 w Lublinie wraz z rozpoznaniem patomorfologicznym postawionym w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym prowadzono dalszą diagnostykę.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lublin, dn. | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | **Do Zakładu Patomorfologii**  **USK Nr 4 w Lublinie** | | | | | | | | |
| **Wniosek**  **o udostępnienie bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych/ cytologicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane pacjenta: | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: |  | | | | | Imię (imiona): | | | |  | | | | | | |
| PESEL\*: |  | | | | | Data urodzenia: | | | |  | | | | Płeć: | K □ M □ | |
| Adres zamieszkania: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*) w przypadku noworodka należy wpisać numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać **imię (imiona) i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego**: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zwracam się z prośbą o udostępnienie: | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| - bloczków parafinowych nr: | | |  | | | | | | | | (sztuk: | |  | | | ) |
| - preparatów histopatologicznych nr: | | | | |  | | | | | | (sztuk: | |  | | | ) |
| - preparatów cytologicznych nr: | | | |  | | | | | | | (sztuk: | |  | | | ) |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Oświadczam, że zostałem zapoznany z zasadami udostępniania bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych/ cytologicznych w Zakładzie Patomorfologii USK Nr 4 w Lublinie i zobowiązuję się do ich zwrotu po zrealizowaniu celu udostępnienia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Czytelny podpis pacjenta /przedstawiciela  ustawowego/ osoby upoważnionej | | | | | | | | | |