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 podmiotu wykonującego działalność leczniczą (wzór poniżej).
3. Od momentu udostępnienia bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych /cytologicznych wyłączną odpowiedzialność za ich zagubienie lub zniszczenie, itp. ponosi podmiot wykonujący działalność leczniczą, któremu 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 Zakładzie Patomorfologii USK Nr 4 w Lublinie wraz z rozpoznaniem patomorfologicznym postawionym w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym prowadzono dalszą diagnostykę.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lublin, dn. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą | | | | | | |  | | | **Do Zakładu Patomorfologii**  **USK Nr 4 w Lublinie** | | | | | | | | |
| **Wniosek**  **o udostępnienie bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych/ cytologicznych**  **dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zwracam się z prośbą o udostępnienie: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| - bloczków parafinowych nr: | | |  | | | | | | | | | (sztuk: | | |  | | | ) |
| - preparatów histopatologicznych nr: | | | | | |  | | | | | | (sztuk: | | |  | | | ) |
| - preparatów cytologicznych nr: | | | |  | | | | | | | | (sztuk: | | |  | | | ) |
| wykonanych na materiale pochodzącym od Pana/ Pani: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Pieczątka i podpis lekarza | | | | | | | |  | | | | | |