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 |  |