|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pieczątka komórki organizacyjnej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Ewidencja udostępnionych bloczków parafinowych,** |  |
|  |  | **preparatów histopatologicznych i cytologicznych** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Rok…………………………** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Nr Księgi……………….….** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **INSTRUKCJA** |  |  |  |  |
|  | **do wypełniania Ewidencji udostępnionych bloczków parafinowych,**  |  |  |  |
|  |  | **preparatów histopatologicznych i cytologicznych** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 1 – numer kolejny pacjenta w księdze. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 2 – imię (imiona) i nazwisko pacjenta, adres jego miejsca zamieszkania oraz numer PESEL (w przypadku noworodka należy wpisać |  |
|  |  |  numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL − rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość). |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 3 – data urodzenia pacjenta. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 4 – oznaczenie płci pacjenta. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 5 – imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania (należy uzupełnić w przypadku gdy pacjentem  |  |
|  |  |  jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody). |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 6 – data wypożyczenia materiału. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 7 – numer wypożyczanego bloczka parafinowego, preparatu histopatologicznego lub preparatu cytologicznego. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 8 – rodzaj wypożyczonego materiału (tj. bloczek parafinowy, preparat histopatologiczny, preparat cytologiczny). |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 9 – imię i nazwisko lekarza, który ustalił wynik badania patomorfologicznego. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 10 – imię i nazwisko lekarza patomorfologa decydującego o udostępnieniu bloczka parafinowego, preparatu histopatologicznego  |  |
|  |  |  lub cytologicznego wnioskodawcy. |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 11 – nazwa podmiotu, któremu udostępniono w/w materiały. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 12 – czytelny podpis osoby, której przekazano wnioskowany materiał. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 13 – data zwrotu materiału. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 14 – podpis pracownika Zakładu Patomorfologii, który przyjął materiał po zrealizowaniu celu udostępnienia. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Kolumna 15 – uwagi. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Załącznikami do niniejszej Ewidencji są: |  |
|  | 1) wnioski o udostępnienie bloczków parafinowych i/ lub preparatów histopatologicznych/ cytologicznych  |  |
|  | 2) upoważnienia do składania wniosku i odbioru materiału z Zakładu Patomorfologii - w przypadku wypożyczenia w/w materiałów osobie upoważnionej przez pacjenta. |  |
| Lp. | Imię (imiona) i nazwisko pacjenta oraz adres jego miejsca zamieszkania | Data urodzenia pacjenta | Płeć | Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz adres jego miejsca zamieszkania | Data wypożyczenia materiału | Numer bloczka parafinowego/ preparatu histop./ cytolog. | Rodzaj wypożycz. materiału | Imię i nazwisko lekarza, który określił rozpoznanie patomorf. | Imię i nazwisko lekarza udostęp. materiał | Nazwa podmiotu, któremu udostępniono materiał | Czytelny podpis osoby, której wydano materiał | Data zwrotu materiału | Podpis pracownika pracowni | Uwagi |
|
|
| Numer PESEL pacjenta |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Lp. | Imię (imiona) i nazwisko pacjenta oraz adres jego miejsca zamieszkania | Data urodzenia pacjenta | Płeć | Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta oraz adres jego miejsca zamieszkania | Data wypożyczenia materiału | Numer bloczka parafinowego/ preparatu histop./ cytolog. | Rodzaj wypożycz. materiału | Imię i nazwisko lekarza, który określił rozpoznanie patomorf. | Imię i nazwisko lekarza udostęp. materiał | Nazwa podmiotu, któremu udostępniono materiał | Czytelny podpis osoby, której wydano materiał | Data zwrotu  | Podpis pracownika pracowni | Uwagi |
|
|
| Numer PESEL pacjenta |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|
|
|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |