|  |  |
| --- | --- |
| Pieczątka jednostki kierującej | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie****Zakład Patomorfologii****Kierownik: Prof. dr hab. n. med. Justyna Szumiło****ul. Dr K. Jaczewskiego 8b, 20-090 Lublin****tel. 781 881 068; (+48) 81-448-65-30, fax. 81-448-65-50****e-mail: histopatologia@usk4.lublin.pl www.usk4.lublin.pl** |

**SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO/ CYTOLOGICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr badania ................................./......................../20……...... (rok) |  | Data otrzymania materiałuprzez pracownię histopatologiczną .............................................. |
| Tryb wykonania badania: normalny pilny bardzo pilny  | Materiał: nieutrwalony utrwalony Rodzaj utrwalacza: formalina inny - jaki ................ |
| NAZWISKO, IMIONA PACJENTA | ADRES |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA URODZENIA |  | PESEL\*) |  | PŁEĆ |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | K |  | M |  |

|  |
| --- |
| W przypadku, gdy badanie wykonujemy w trybie ambulatoryjnym i pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać: **imię i nazwisko**  |
| **oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego:** |  |

|  |
| --- |
| Rodzaj materiału i miejsce pobrania (lokalizacja anatomiczna): |
| Poprzednie rozpoznania hist.-pat.: |
| ROZPOZNANIE KLINICZNE:ICD-10:Rodzaj zabiegu operacyjnego: |
| Dane kliniczne - przebieg choroby, stosowane leczenie (hormonalne itp.): |  | Data ostatniej miesiączki: |  |
|  |  |  |
| Wyniki badań laboratoryjnych (istotnych dla rozpoznania): |
| Wyniki badań obrazowych: | Data i godzina pobrania materiału: |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |
| ROK |  | M-C |   | DZIEŃ |  | GODZINA |

 |
| Data oraz pieczątka i podpis lekarza  |

\*) w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka należy podać numer PESEL matki.

Nazwisko i imię pacjenta:

|  |  |
| --- | --- |
| Nr badania | **OPIS MAKROSKOPOWY** |
| Nr badania ................................/........................./20............. (rok) |
| **ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE/ CYTOLOGICZNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| POBRAŁ |  | OCENIŁ |  | KONSULTOWAŁ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | technik (data i podpis) |  | lekarz (data i podpis) |  |  |  | lekarz patomorfolog(data oraz pieczątka i podpis) |  |  |  | lekarz patomorfolog (data oraz pieczątka i podpis) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LICZBA BLOCZKÓW: |  | H+E: |  | BARWIENIA DODATKOWE: |  | IHC: |  |