|  |  |
| --- | --- |
| 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 materiału  przez 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: |  |