

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Oznaczenie jednostki zlecającej



SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE
00000007323
Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Cielchanowice
Zakład Patomorfologii- 07
Kod VII- 192, kod VIII- 7300
06-400 Cielchanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2
tel. 23 673 03 30
NIP 566-10-19-200, REGON 000311622

FORMULARZ WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI. WŁAŚCIWE POLE ZAZNACZYĆ X.

DANE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

TRYB WYKONANI A: PILNY
 RUTYNOWY
 DiLO (pilny)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PACJENTA:

PŁEĆ: KOBIEТА
 MĘŻCZYŻNA

PESEL lub data urodzenia - -
dzień miesiąc rok

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

DANE ADRESOWE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

KRAJ

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

-

ULICA

NR BUDYNKU

NUMER MIESZKANIA

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

(Wypełnia lekarz zlecający, w przypadku, gdy pacjent jest małoletni,całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody):

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

PŁEĆ: KOBIEТА
 MĘŻCZYŻNA

PESEL lub data urodzenia - -
dzień miesiąc rok

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

KRAJ

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

-

ULICA

NR BUDYNKU

NUMER MIESZKANIA

CZY PACJENT MA WCZEŚNIEJSZE ROZPOZNIANIE CYTO- LUB HISTOPATOLOGICZNE?

TAK, wcześniejsze rozpoznanie:

NIE

CZY PACJENT BYŁ PODDANY WCZEŚNIEJSZEJ CHEMIO- lub RADIOTERAPII?

TAK

NIE

ISTOTNE DANE KLINICZNE, WYNIKI DODATKOWYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, DZIAŁANIE CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH AKTUALNIE STOSOWANE LECZENIE:

wg ICD 10 (5 znaków)

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU:

(wypełnia lekarz zlecający)

NUMER POJEMNIKA	RODZAJ MATERIAŁU	LOKALIZACJA ANATOMICZNA ZMIANY	TYP ZABIEGU	DOSZCZĘTNOŚĆ ZABIEGU	METODA UTRWALANIA
1.				<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany	<input type="checkbox"/> 10% FORMALINA <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
2.				<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany	<input type="checkbox"/> 10% FORMALINA <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
3.				<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany	<input type="checkbox"/> 10% FORMALINA <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
4.				<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany	<input type="checkbox"/> 10% FORMALINA <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
5.				<input type="checkbox"/> Cała zmiana <input type="checkbox"/> Fragment zmiany	<input type="checkbox"/> 10% FORMALINA <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU:

		-					-					-					
dzień		miesiąc				rok				godziny		minuty					

DATA I GODZINA UTRWALENIA MATERIAŁU:

		-					-					-					
dzień		miesiąc				rok				godziny		minuty					

OZNACZENIE LEKARZA ZLECAJĄCEGO:

LICZBA POJEMNIKÓW:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

		-					-					-					
dzień		miesiąc				rok											

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

DATA I GODZINA OTRZYMANIA MATERIAŁU DO BADAŃ:

		-					-					-					
dzień		miesiąc				rok				godziny		minuty					

PRZYJĄŁ: