

SKIEROWANIE NA BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE

Oznaczenie jednostki zlecającej



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

FORMULARZ WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI. WŁAŚCIWE POLE ZAZNACZYĆ X.

DANE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

TRYB WYKONANIA A: PILNY
 RUTYNOWY
 DiLO (pilny)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PACJENTA:

PŁEĆ: KOBIETA
 MĘŻCZYZNA

PESEL lub data urodzenia - -
dzień miesiąc rok

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

DANE ADRESOWE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

KRAJ	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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: <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	
PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> lub data urodzenia <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dzień miesiąc rok	Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):	
KRAJ	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MIEJSCOWOŚĆ
ULICA	NR BUDYNKU	NUMER MIESZKANIA

CZY PACJENT MA WCZEŚNIEJSZE ROZPOZNANIE 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 OZNACZENIA IMMUNOHISTOCHEMICZNEGO:

(wypełnia lekarz zlecający)

WPISAĆ NAZWY OZNACZEŃ IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KWALIFIKACJI:

(wypełnia lekarz zlecający)

Badanie histopatologiczne nr.....

Oryginalne rozpoznanie histopatologiczne w załączeniu

 TAK NIE

TYP ZABIEGU:

METODA UTRWALENIA:

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok		godziny	minuty

OZNACZENIE LEKARZA ZLECAJĄCEGO:

DATA I GODZINA UTRWALENIA MATERIAŁU:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok		godziny	minuty

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok			

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

DATA I GODZINA OTRZYMANIA MATERIAŁU DO BADAŃ:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok		godziny	minuty

PRZYJĄŁ: