

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU:

(wypełnia lekarz zlecający)

NUMER	RODZAJ MATERIAŁU	LOKALIZACJA ANATOMICZNA ZMIANY	TYP ZABIEGU	DANE DODATKOWE	METODA UTRWALANIA
1.				<input type="checkbox"/> Rozmazy na szkiełkachsztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
2.				<input type="checkbox"/> Rozmazy na szkiełkachsztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
3.				<input type="checkbox"/> Rozmazy na szkiełkachsztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
4.				<input type="checkbox"/> Rozmazy na szkiełkachsztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
5.				<input type="checkbox"/> Rozmazy na szkiełkachsztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <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:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

dzień	-		miesiąc	-		rok			

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

DATA I GODZINA OTRZYMANIA MATERIAŁU DO BADAŃ:

dzień	-		miesiąc	-		rok				
		:								
		godziny	:		minuty					

PRZYJĄŁ: