

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

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 CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI. WŁAŚCIWE POLE ZAZNACZYĆ X.

DANE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

TRYB WYKONANIA A: PILNY
 RUTYNOWY
 DiLO (pilny)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PACJENTA:

PŁEĆ: KOBIEȚA
 MĘŻCZYŻNA

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"/>	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"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
KRAJ	KOD POCZTOWY <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
ULICA	NR BUDYNKU
	NUMER MIESZKANIA

CZY PACJENTKA MA WCZEŚNIEJSZE ROZPOZNANIE CYTO- LUB HISTOPATOLOGICZNE?

TAK, wcześniejsze rozpoznanie:

NIE

CZY PACJENTKA BYŁA PODDANA WCZEŚNIEJSZEJ CHEMIO- lub RADIOTERAPII?

TAK NIE

CZY PACJENTKA STOSUJE/STOSOWAŁA IUD? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	DATA PIERWSZEJ MIESIĄCZKI: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATA OSTATNIEJ MIESIĄCZKI: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CZY PACJENTKA STOSUJE/STOSOWAŁA HORMONOTERAPIĘ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	dzień miesiąc rok	dzień miesiąc rok

OBECNOŚĆ DNA HPV WYSOKIEGO RYZYKA: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	CIĄŻA: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	LICZBA PORODÓW:
-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-----------------

OSTATNIE BADANIE CYTOLOGICZNE:

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

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

wg ICD 10 (5 znaków)

OPIS MAKROSKOPOWY SZYJKI:

(wypełnia lekarz zlecający)

- | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BEZ ZMIAN | <input type="checkbox"/> ZACZERWIENIENIE |
| <input type="checkbox"/> POLIP | <input type="checkbox"/> KRWAWIENIE |
| <input type="checkbox"/> NADŻERKA | <input type="checkbox"/> OWRZODZENIE |
| <input type="checkbox"/> STAN PO AMPUTACJI | <input type="checkbox"/> INNE: |

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 szkiełkach sztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....
2.				<input type="checkbox"/> Rozmazy na szkiełkach sztuk	<input type="checkbox"/> ALKOHOL ETYLOWY 96% <input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY <input type="checkbox"/> INNY:.....

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 OSOBY POBIERAJĄCEJ:
(jeżeli nie jest lekarzem zlecającym)

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

OZNACZENIE LEKARZA ZLECAJĄCEGO:

LICZBA SZKIELEK:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

<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: