



NR KSIĘGI REJESTROWEJ:

Kody resortowe:

Zakład Patomorfologii Klinicznej, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, tel. 525854207, e-mail: patomorfologia@jurasza.pl

Klinika/Odział/Poradnia Zlecająca:

## SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

Kod kreskowy  
skierowania

Nazwisko i imię [ID]:

KS. GŁ.

Adres:

Wiek:

Data urodzenia:

Płeć: M/K/Nieokreślona

PESEL:

Data wystawienia skierowania:

Tryb badania

 RUTYNOWY (normalny)  PILNY (cito)  Bardzo pilny  DILO (nr karty)

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

--	--	--	--	--	--

wg ICD10 (5 znaków)

Dotychczasowy przebieg choroby (od kiedy choruje, rodzaje wykonywanych zabiegów)

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie, wcześniejsza chemio- lub radioterapia:

(informacja o wcześniej rozpoznanej chorobie nowotworowej, inne choroby współistniejące, - informacje o uprzednim i aktualnym leczeniu chirurgicznym, chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii, immunoterapii, terapii celowanej)

 Dotychczasowe badania patomorfologiczne: Tak/Nie

Jeśli „Tak” - Poprzednie rozpoznanie(a), jednostka wykonująca, numer i data badania:

Rodzaj materiału:

- Cytologia ginekologiczna
- Płyn z jam ciała
- PMR
- Plwocina
- BAL
- Rozmaz
- BAC
- Popłuczyny
- Wymazy szczoteczkowe

Miejsce anatomiczne (miejsce pobrania materiału) oraz numer pojemnika:

1.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>

Rodzaj zabiegu:

Metoda utrwalenia materiału:

- Cytofix
- Alkohol etylowy 96%
- Inne: \_\_\_\_\_

Liczba pojemników 

Data i godzina:

- pobrania materiału \_\_/\_\_/\_\_, :\_\_

- rozpoczęcia utrwalania \_\_/\_\_/\_\_, :\_\_

Data i godzina przyjęcia materiału:

\_\_/\_\_/\_\_, :\_\_

Osoba przyjmująca materiał:

Lekarz zlecający, nr PWZ (czytelny podpis):

Numer kontaktowy Kliniki/Oddziału:

Wykorzystanie materiału do badań naukowych/badań dodatkowych:  
TAK\*/NIE

\*wzór zgody pacjenta do pobrania

W przypadku cytologii ginekologicznej:

- data pierwszej miesiączki

- data ostatniej miesiączki

- liczba porodów:

- potóg TAK/NIE

- ciążarna TAK/NIE