



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 KONSULTACYJNE****Kod kreskowy
skierowania**

Nazwisko i imię [ID]:

KS. GŁ.

Adres:

Wiek:

Data urodzenia:

Płeć: M/K/Nieokreślona

PESEL:

Data wystawienia skierowania:

Konsultacja

 wewnętrzna zewnętrzna

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 chemo- 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:

Cel konsultacji:

Materiał dostarczony do konsultacji (wypełnia
lekarz kierujący)

preparaty/bloczki parafinowe (oryginalne numery)

Data i godzina przyjęcia materiału:

//_____:_

Osoba przyjmująca materiał:

Lekarz zlecający, nr PWZ (czytelny
podpis):

Numer kontaktowy Kliniki/Oddziału:

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. Do konsultacji zewnętrznej dołączyć komplet preparatów (HE i/lub immunohistochemiczne i histochemiczne), reprezentatywne dla rozpoznania bloczki parafinowe oraz kopię oryginalnego rozpoznania patomorfologicznego. Badania bez oryginalnego rozpoznania nie zostaną podjęte.