



Miejsce na kod kreskowy

Nr pacjenta:

Jednostka zlecająca / miejsce przesłania wyniku	Warszawa, dnia
Zakład Patomorfologii IPCZD 000000018625-54-663-7300 tel. +48 22 815 19 60 (Sekretariat), fax. +48 22 815 19 75, e-mail zaklad.patomorfologii@ipczd.pl,	

Nazwisko i imię:		Płeć:	Wiek:	Nr kartoteki:
PESEL:	Data urodzenia:	Adres zamieszkania / Oddział szpitalny:		
Numer PESEL* - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL - rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość				
Data i godzina zlecenia:		Zlecono na:		Priorytet:
Badanie konsultacyjne		Nr badania (nadaje Pracownia Histopatologii)		

SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII IPCZD

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego:	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego:
Oczekiwana data wyniku dla DILO	

Wstępne rozpoznanie kliniczne (ICD-10)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne ?

Wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne

Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii ?

Rozpoznanie wstępne kliniczne

Istotne dane kliniczne, aktualnie stosowane leczenie

Uwagi dotyczące wykonania badania

Materiał dostarczony do konsultacji (wypełnia lekarz zlecający)

Preparaty cytologiczne nr.	Ilość
Preparaty histopatologiczne nr	Ilość
Bloczki parafinowe nr	Ilość

Oryginalne rozpoznanie patomorfologiczne

Ilość

Typ zabiegu

Metoda utrwalenia

Data i godzina pobrania materiału

Data i godzina utrwalenia materiału

Data i godzina przyjęcia materiału do ZPA

Przyjął

Adres odesłania materiałów dostarczonych do konsultacji

Imię nazwisko, nr PWZL i posiadane specjalizacje