

	Nr badania ŚRÓDOPERACYJNEGO <small>(wypełnia Zakład Patomorfologii)</small>	Oznaczenie jednostki kierującej	Nr badania HP <small>(wypełnia Zakład Patomorfologii)</small>
	SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE Zakład Patomorfologii, Placentologii i Hematopatologii Klinicznej Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy ul. K. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz		Rodzaj badania: <input type="checkbox"/> HISTOPATOLOGICZNE <input type="checkbox"/> ŚRÓDOPERACYJNE <input type="checkbox"/> KONSULTACYJNE
Tryb wykonania <input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY <input type="checkbox"/> BARDZO PILNY <input type="checkbox"/> DiLO			
Nazwisko		Imię/Imiona	
Data urodzenia		PESEL* (nr dok. potwierdzającego tożsamość)	
Płeć		ID	
Adres miejsca zamieszkania			
INFORMACJE KLINICZNE			
Rodzaj materiału:		Lokalizacja anatomiczna zmiany (topografia):	
1. Narząd cały <input type="checkbox"/>			
2. Narząd wycinek <input type="checkbox"/>			
3. Narząd punktat <input type="checkbox"/>			
4. Guz cały <input type="checkbox"/>			
5. Guz wycinek <input type="checkbox"/>			
6. Tkanka <input type="checkbox"/>			
7. Wyskrobiny <input type="checkbox"/>			
Rodzaj zabiegu operacyjnego:			
Cel badania:			
ROZPOZNANIE KLINICZNE:		wg ICD10:	
Poprzednie wyniki badań HP / biopsji	Nr badania	Jednostka wykonująca	Data
	Rozpoznanie:		
Istotne dane kliniczne:			
Dodatkowe uwagi: (np. zabezpieczenie materiału do dodatkowych badań):			
Lekarz kierujący:	Data.....	Data i godz. pobrania materiału	
		Data i godz. utrwalenia materiału	
Czytelny podpis i pieczęćka Nr tel.:		Metoda utrwalenia materiału:	
		<input type="checkbox"/> formalina <input type="checkbox"/> nieutrwalony <input type="checkbox"/> inne.....	
Data i godz. przyjęcia do LZP podpis pracownika LZP			
Data i godz. wydania preparatów podpis pracownika LZP			
Materiał natychmiast po pobraniu należy umieścić w 10% buforowanej formalinie (NBF) w objętości 10-krotnie większej niż objętość tkanki.			

*W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, należy podać: imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego, adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego.

**WYNIK
BADANIA**

Pobierający lekarz patomorfolog:.....

Pobierający diagnosta laboratoryjny:.....

Data i godz. pobrania.....

Zatapianie (data/podpis).....

Barwienie (data/podpis).....

Ilość bloczków -

Ilość preparatów: HE -

HC -

IHC -

Procedury:

OPIS MAKROSKOPOWY:

ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE:

WYPEŁNIA ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

Oceniający.....

Konsultujący.....

Czytelny podpis

Data.....

Czytelny podpis

Data.....