

	Nr badania <small>(wypełnia osoba pobierająca)</small>	Oznaczenie jednostki kierującej	Nr badania CG <small>(wypełnia Zakład Patomorfologii)</small>
	SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ Zakład Patomorfologii, Placentologii i Hematopatologii Klinicznej Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy ul. K. Ujeiskiego 75. 85-168 Bydgoszcz		TYP MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> ROZMAZ <input type="checkbox"/> LBC
Tryb wykonania <input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY <input type="checkbox"/> BARDZO PILNY <input type="checkbox"/> DIŁO			
Nazwisko		Imię/Imiona	
		PESEL* (nr dok. potwierdzającego tożsamość)	
Data urodzenia		Płeć	
		ID	
Adres miejsca zamieszkania			
Adres miejsca zamieszkania			
INFORMACJE KLINICZNE			
Data ostatniej miesiączki:		Liczba porodów:.....	
Leczenie hormonalne: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Ciążarna <input type="checkbox"/>	Położ <input type="checkbox"/>	
Palenie papierosów TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		więcej niż 10 szt. dziennie TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Środki antykoncepcyjne TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	HTZ TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	IUD TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Data ostatniego badania cytologicznego		WYNIK	
Istotne dane kliniczne: <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> Terapie celowana <input type="checkbox"/> Hormonoterapia OCENA MAKROSKOPOWA SZYJKI MACICY <input type="checkbox"/> BEZ ZMIAN <input type="checkbox"/> NADŻERKA INNE:			
UTRWALENIE MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> 95-96% alkohol etylowy <input type="checkbox"/> CYTOFIX <input type="checkbox"/> LBC <input type="checkbox"/> inne.....			
Lekarz kierujący: Data		Data i godz. pobrania materiału.....	
Czytelny podpis i pieczęćka Nr tel.		Data i godz. utrwalenia materiału..... <small>(wypełnia jednostka kierująca)</small>	
Data i godz. przyjęcia do LZP		podpis pracownika LZP.....	
Data i godz. wydania preparatów.....		podpis pracownika LZP.....	
WYNIK BADANIA:..... 			
Oceniający.....		Sprawdzający.....	
Czytelny podpis Data.....		Czytelny podpis Data.....	