

		Oznaczenie jednostki kierującej		Nr badania C	
				(wypełnia Zakład Patomorfologii)	
<b>SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE</b> Zakład Patomorfologii, Placentologii i Hematopatologii Klinicznej Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy ul. K. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz					
<b>Tryb wykonania</b> <input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY <input type="checkbox"/> BARDZO PILNY <input type="checkbox"/> DiLO					
Nazwisko		Imię/Imiona		PESEL* (nr dok. potwierdzającego tożsamość)	
Data urodzenia		Płeć		ID	
Adres miejsca zamieszkania					
<b>INFORMACJE KLINICZNE</b>					
<b>Rodzaj materiału:</b> <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> MOCZ <input type="checkbox"/> BAC <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> PŁYN Z JAM CIAŁA <input type="checkbox"/> INNE.....					
<b>Miejsce pobrania (topografia):</b>					
<b>Rozpoznanie kliniczne:</b>		<b>wg ICD10:</b>			
<b>Cel badania:</b>					
<b>Poprzednie wyniki badań HP/biopsji:</b>		Nr badania		Rozpoznanie	
				Data	
<b>Istotne dane kliniczne:</b> <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> Terapia celowana <input type="checkbox"/> Hormonoterapia					
<b>Utrwalenie materiału:</b> <input type="checkbox"/> 95-96% alkohol etylowy <input type="checkbox"/> CYTOFIX <input type="checkbox"/> inne.....					
Lekarz kierujący:		Data.....		Data i godz. pobrania materiału.....	
Czytelny podpis i pieczętka		Nr tel.:		Data i godz. utrwalenia materiału.....	
Data i godz. przyjęcia do LZP.....		Podpis pracownika LZP.....			
Data i godz. wydania preparatów.....		Podpis pracownika LZP.....			
<b>WYNIK BADANIA:</b>					
Oceniający.....		Konsultujący .....			
Czytelny podpis		Czytelny podpis			
Data.....		Data .....			