

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

*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.