PR15.4\_P8.W3\_F6\_W1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie jednostki zlecającej:  Miejsce przesłania wyniku (Nr gabinetu): | | | C:\Users\marcin.ozygala\Desktop\LOGO\logo.png **Zakład Patomorfologii Nowotworów  02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5  Tel. 22 546 23 69, 22 546 33 61**  **02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15**  **Tel.22 570 92 02, 22 570 92 85** | | | | | | | miejsce na nalepkę  NIO-PIB |
| **SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ** | | | | | | | | | | |
| Tryb wykonania: 🞏 DiLO  🞏 PILNY 🞏 BARDZO PILNY 🞏 RUTYNOWY  🞏 Badanie kliniczne, nr protokołu: ........................................................................ | | | | | | | | Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D | | | |
| **DANE PACJENTA** *(wypełnia lekarz zlecający)* | | | | | | | | | | |
| .................................................................................................................................................................................................  Imię (imiona) i nazwisko | | | | | | | | Płeć: 🞏 Kobieta 🞏 Mężczyzna  🞏 Nieokreślona 🞏 Nieznana | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   Numer PESEL | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |   Numer PID (w przypadku pacjenta NIO-PIB) | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |   Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) | | |
| Dokument stwierdzający tożsamość1: ........................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania2: .......................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | |
| .............................................................................................................................  Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego4 | | | | | .................................................................................................................................................  Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego2,4 | | | | | |
| Rozpoznanie wstępne kliniczne:    ................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | . |  |   wg ICD10 (5 znaków) | |
| Czy pacjentka ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne? | | | | | | | | | 🞏 Tak (wskazać jakie?) 🞏 Nie | |
| Wcześniejsze rozpoznanie: ........................................................................................................................................................................................................................ | | | | | | | | | | |
| Czy pacjentka była poddana wcześniejszej chemio- lub radioterapii? | | | | | | | | | 🞏 Tak 🞏 Nie | |
| Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie (🞏 IUD, 🞏 hormonoterapia):  .................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | HPV HR (high risk):  🞏 Tak 🞏 Nie | |
| VIRGO: T / N | CIĄŻA: T / N | Liczba porodów: | | Data ostatniej miesiączki: | | | Ostatnie badanie cytologiczne  Data:  Ocena: | | | |
| **OPIS MAKROSKOPOWY SZYJKI** *(wypełnia lekarz zlecający)* | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| b/z |  | zaczerwienienie |  | erytroplakia |  | leukoplakia |  | torbiele Nabotha |  | nadżerka |  |
| polip |  | pęk. uj. |  | krwawienie |  | owrzodzenie |  | naciek |  | stan po amputacji |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU** *(wypełnia lekarz zlecający)* | | | | | |
| **Nr** | **Metoda utrwalenia** | **Rodzaj materiału** | **Lokalizacja anatomiczna zmiany** | **Typ zabiegu** | **Dane dodatkowe** |
| 1. | 🞏 Nieutrwalony 🞏 alk. etyl. 96%  🞏 Inny: ............... |  |  |  | 🞏 rozmazy na szkiełkach ……..szt. |
| 2. | 🞏 Nieutrwalony 🞏 alk. etyl. 96%  🞏 Inny: ............... |  |  |  | 🞏 rozmazy na szkiełkach ……..szt. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie lekarza zlecającego3: | Data i godzina pobrania materiału:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |  | H | H | : | M | M |     Data i godzina utrwalenia materiału:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |  | H | H | : | M | M | | Oznaczenie osoby pobierającej (jeśli nie jest lekarzem zlecającym) |
| Data wystawienia skierowania:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D | |
| (WYPEŁNIA LABORATORIUM): | | |
| Liczba pojemników:   |  |  | | --- | --- | |  |  | | **Data i godzina otrzymania materiału:**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |  | H | H | : | M | M | | Przyjął (Pracownik ZdPN): |

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

☒ zaznacz właściwe

**1** Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

**2** Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

**3** Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

**4**Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.