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 nalepkęNIO-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 cytologiczneData: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.