PR15.4\_P8.W3\_F3\_W2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie jednostki zlecającej: | 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 KONSULTACYJNE** | | | | | | | | |
| Tryb wykonania: : 🞏 RUTYNOWY 🞏 PILNY (cito) 🞏 BARDZO PILNY  🞏 BREAST CANCER UNIT (pilny) 🞏 DiLO (pilny)  🞏 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 pacjenta | | | | | | 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 pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne? | | | | | | | 🞏 Tak (wskazać jakie?) 🞏 Nie | |
| Wcześniejsze rozpoznanie: ............................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | |
| Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii? | | | | | | | 🞏 Tak 🞏 Nie | |
| Istotne dane kliniczne, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, działanie czynników zewnętrznych, aktualnie stosowane leczenie:  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | | | | |
| Uwagi dotyczące wykonania badania:  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................ | | | | | | | | |
| **MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI** *(wypełnia lekarz zlecający)* | | | | | | | | |
| Preparaty histopatologiczne/cytologiczne/bloczki parafinowe – oryginalne numery oraz ilość:  🞏 preparaty histopatologiczne nr……………………………......... 🞏 ilość ……………………………………………………...........  🞏 preparaty cytologiczne nr……………………………............... 🞏 ilość ……………………………………………………...........  🞏 bloczki parafinowe nr …………………………………………….. 🞏 ilość ……………………………………………………………  🞏 oryginalne rozpoznanie patomorfologiczne | | | | | | | | |
| Typ zabiegu: Metoda utrwalenia:  ...................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | |
| Adres do wysyłki²:  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................  ...................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | |
| 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 | | | **UWAGA!  NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE!  BADANIA ZLECONE BEZ ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA NIE ZOSTANĄ PODJĘTE.** | | | | | | |
| Data wystawienia skierowania:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |  | H | H | : | M | M | | |
| **Data i godzina otrzymania materiału (wypełnia laboratorium):**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |  | H | H | : | M | M | | | Przyjął: | | | Oznaczenie lekarza zlecającego3: | | | |

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. Instrukcja wypełnienia formularza znajduje się na odwrocie.

☒ zaznacz właściwe

W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc

w śródmiąższowych chorobach płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych.

**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.