PR15.4\_P8.W3\_F5\_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 nalepkęNIO-PIB |
| **SKIEROWANIE NA BADANIE KWALIFIKACJI DO BADAŃ DODATKOWYCH** |
| Tryb wykonania: 🞏 RUTYNOWY 🞏 PILNY (cito) 🞏 BARDZO PILNY 🞏 BREAST CANCER UNIT (pilny)  🞏 Badanie kliniczne, nr protokołu: ............................................................................................................................................ |
| **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:........................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZAJU KWALIFIKACJI** *(wypełnia lekarz zlecający)* |
| 1. | 🞏 **Molekularne** 🞏 **FISH** 🞏 **NGS** | Wpisać nazwę badanego genu **□** ...................................................................... |
| 2. | 🞏 **Immunohistochemiczne** | Wpisać nazwę oznaczenia IHC **□** ..................................................................... |
| **MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KWALIFIKACJI** *(wypełnia lekarz zlecający)* |
| 🞏 Badanie histopatologiczne nr……………………………......... 🞏 oryginalne rozpoznanie histopatologiczne🞏 Badanie cytologiczne nr……………………………................ 🞏 oryginalne rozpoznanie cytologiczne   |
| 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 |

 | Data wystawienia skierowania:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |

 |
| **Data i godzina otrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| R | R | R | R | - | M | M | - | D | D |  | H | H | : | M | M |

 | Przyjął: | Oznaczenie lekarza zlecającego**3**: |

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

☒ 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.