

Pieczątka jednostki organizacyjnej

SKIEROWANIE NA BADANIE BIOPSJI ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ

Nazwisko

[illegible]

Imię

[illegible]**Data urodzenia** rok/miesiąc/dzień

--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL (w przypadku braku rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

Płeć

ICD10:

[illegible]

K

M

--

Adres zamieszkania

Rozpoznanie kliniczne

Zgoda pacjenta na wykonanie badania molekularnego

☐ TAK ☐ NIE

Zgoda pacjenta na wykonanie badania immunohistochemicznego

☐ TAK ☐ NIE

Istotne dane kliniczne

Poprzednie wyniki badań patomorfologicznych

Stosowane leczenie:

☐ Bez leczenia ☐ Chirurgiczne ☐ Radioterapia ☐ Chemioterapia ☐ Hormonoterapia ☐ Immunoterapia

Data zlecenia

Podpis lekarza kierującego/zlecającego

Protokół pobrania materiału cytologicznego

Data i godzina pobrania materiału (wykonania BAC)

Data i godzina utrwalenia:

Utrwalacz: ☐ Alkohol 86%

☐ inny (jaki?)

Sposób pobrania:

Nr pojemnika	Rodzaj materiału	Narząd/Lokalizacja zmiany
1		
2		
3		
4		

Lekarz radiolog

Lekarz wykonujący BAC

Pola zaznaczone na szaro wypełnia pracownik ZPN