Świętokrzyskie Centrum Onkologii
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Zakład Patologii Nowotworów
25-734 Kielce, Artwińskiego 3
tel.: (41)367 42 20-21 e-mail: histopatologia@onkol.kielce.pl
Cz. I kodu resortowego: 000000014611, cz. V k.r.: 04, cz. VII k.r.: 041

Pieczątka jednostki organizacyjnej

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII ZŁUSZCZENIOWEJ Z MOCZU

Nr badania						

Przyjęcie/rejestracja materiału data i godzina

	:

Podpis osoby przyjmującej materiał

Nazwisko

Imię

Data urodzenia rok/miesiąc/dzień

PESEL (w przypadku braku rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

Płeć K M

ICD10:

Priorytet badania

☐Normalny ☐Pilny

☐Bardzo pilny ☐Karta DILO

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie kliniczne

Istotne dane kliniczne

Poprzednie wyniki badań patomorfologicznych

Stosowane leczenie:

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

Data zlecenia Podpis lekarza kierującego/zlecającego

Data i godzina pobrania	Data i godzina utrwalenia:	Utrwalacz:

	asystent	data i godzina opracowania materiału

Pola zaznaczone na szaro wypełnia pracownik ZPN