

Pieczątka jednostki organizacyjnej

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII ZŁUSZCZENIOWEJ MOCZU

Nazwisko

[illegible]

Imię

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

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

PESEL (w przypadku braku rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

Płeć

ICD10:

[illegible]KM

--

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