

Pieczęć jednostki organizacyjnej

Nr badania	
------------	--

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

Przyjęcie/rejestracja materiału data i godzina

	⋮

Podpis osoby przyjmującej materiał

Priorytet badania	
-------------------	--

☐ Normalny ☐ Pilny

☐Bardzo pilny ☐Karta DILO

Topografia (Opis+Schemat)

Nazwisko

[illegible]

Imię

Data urodzenia rok/miesiąc/dzień

--	--

PESEL (w przypadku braku rodzaj i nr dokumentu tożsamości)

Płeć

ICD10:

[illegible]

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

Data i godzina utrwalenia:

Utrwalacz: ☐ Cytospin ☐ Świeży

- ☐ Inny (jaki?)

Nr
pojemnika

Rodzaj materiału

Narząd/Lokalizacja zmiany

1

2

3

Instrumentariuszka/Pielegniarka asystujaca przy zabiegu

Lekarz wykonujący zabieg