

Pieczęć jednostki organizacyjnej

Nazwisko

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

--	--

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 histopatologicznego

Data i godzina pobrania:

Data i godzina utrwalenia:

Utrwalacz: ☐ 10% formalina

☐ inny/jaki

Typ zabiegu:

Nr pojemnika	Rodzaj materiału	Narząd/Lokalizacja zmiany
1		
2		
3		
4		
5		

Instrumentariuszka/Pielegniarka asystujaca przy zabiegu

Lekarz wykonujący zabieg

lekarz pobierający

asystent

data i godzina opracowania materiału