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

Nr badania					

Przyjęcie/rejestracja materiału data i godzina

:

Podpis osoby przyjmującej materiał

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII ZŁUSZCZENIOWEJ Z PŁYNU MÓZGOWO RDZENIOWEGO

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

Topografia (Opis+Schemat)

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?)

Sposób pobrania: ☐**HEPARYNA**

Nr pojemnika	Rodzaj materiału	Narząd/Lokalizacja zmiany
1		
2		
3		

Instrumentariuszka/Pielęgniarka asystująca przy zabiegu

Lekarz wykonujący zabieg

Pola zaznaczone na szaro wypełnia pracownik ZPN