

.....  
(oznaczenie podmiotu leczniczego wystawiającego skierowanie:  
nazwa podmiotu leczniczego, nazwa zakładu leczniczego,  
nazwa jednostki organizacyjnej nazwa komórki organizacyjnej  
adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych  
(pieczęć lub nadruk)

Część I kodu resortowego.....  
Część V kodu resortowego.....  
Część VII kodu resortowego.....  
Część VIII kodu resortowego .....

## SKIEROWANIE NA BADANIE PATOMORFOLOGICZNE

Nr wykazu/ księgi ZAP: .....  
Nr preparatu mikroskopowego .....

### Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: ..... [ID] Nr w wykazie/Nr Ks. Gł: .....  
Adres:.....  
PESEL<sup>1</sup>: ..... Data urodzenie: ..... Płeć M/K ..... Wiek: ..... MIP<sup>6</sup> .....

Kod kreskowy

### Przedstawiciel ustawy (jeżeli dotyczy)<sup>2</sup>:

.....  
(nazwisko i imię/imiiona) (matka/ojciec pacjenta małoletniego - posiadający nieograniczoną władzę rodzicielską w zakresie udzielania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentowi)

.....  
(nazwisko i imię/imiiona) (opiekun prawny pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego udzielenia zgody  
- na mocy postanowienia Sądu ..... w ..... z dnia ..... sygn. akt  
.....)

adres miejsca zamieszkania: ..... telefon: .....

Data wystawienia skierowania: .....

### Rodzaj badania<sup>3</sup>:

Histopatologiczne  Cytologiczne  Cytologia ginekologiczna  BAC  Intra  Inne

Pacjent z założoną kartą DILO<sup>3</sup>: TAK  NIE

Zgoda pacjenta na badania dodatkowe (IHCH, badania molekularne)

Rozpoznanie kliniczne: ..... Kod ICD .....

Dotychczasowy przebieg choroby oraz zastosowane leczenie: .....

Istotne informacje uzyskane z badań dodatkowych lub podczas zabiegu operacyjnego: .....

Dotychczasowe badania patomorfologiczne<sup>3</sup>: TAK  NIE  Jeśli „Tak” – poprzednie rozpoznanie(a), data badania .....

### Rodzaj materiału<sup>3</sup>:

cały narząd  narząd – wycinek  narząd – punktat  guz – cały  guz - wycinek  tkanka  wyskrobiny  płyn  płwocina  rozsmaz

Anatomiczna lokalizacja i krótki opis zmiany:

1	4	7	10
2	5	8	
3	6	9	

Tryb<sup>3</sup>:  bardzo pilny  pilny  normalny

Metoda utrwalenia materiału<sup>3</sup>:  formalina 10% zbuforowana  Fixocyt/Cytofix  inne: .....

Data i godzina: pobranie materiału / / , : rozpoczęcia utrwalania / / , : .....

Data i godzina przyjęcia materiału: ..... Liczba pojemników: ..... Osoba przyjmująca materiał: .....

Dane lekarza zlecającego (podpis/autoryzacja)<sup>4</sup> .....

Sposób kontaktu ze zleceniodawcą<sup>5</sup> .....

W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc w śródmiąższowych chorobach płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych. W przypadku powiększonego węzła chłonnoego należy podać wszystkie jego cechy dostępne badaniu palpacyjnemu.

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... MIP<sup>6</sup> .....

Objaśnienia:

- <sup>1</sup> Oznaczenie pacjenta – dodatkowo: PESEL jeżeli został nadany, w przypadku noworodka nr PESEL matki, a w przypadku braku PESEL – rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmujący jego nazwę i nazwę kraju, w którym został wystawiony oraz nr tego dokumentu
- <sup>2</sup> Oznaczenie przedstawiciela ustawowego: nazwisko i imię/imiona przedstawiciela ustawowego wypełniane w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, która ma przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania
- <sup>3</sup> Właściwe zaznaczyć
- <sup>4</sup> Lekarz zlecający: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, nr prawa wykonywania zawodu
- <sup>5</sup> Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania, nr telefonu, adres e-mail
- <sup>6</sup> MIP – unikatowy numer pacjenta w systemie teleinformatycznym (HIS)

**W przypadku niepełnych danych na skierowaniu, ZAP mając na uwadze dobro pacjenta przyjmuje materiał, niemniej jednak ma prawo wstrzymać wykonanie badania do czasu uzupełnienia brakujących danych lub wyjaśnienia nieścisłości.**

Wstępne i techniczne opracowanie materiału tkankowego

Opis makroskopowy nadesłanego materiału:

Osoba pobierająca wycinki, data : .....

Osoba asystująca przy pobieraniu wycinków: .....

Liczba pobranych wycinków ( preparatów ): .....

Liczba diagnozowanych narządów: .....

Kontrola procesu utrwalania i utrwalacza: .....

Osoba rejestrująca badanie w Wykazie/Księdze ZAP, data: .....

Osoba zatapiająca wycinki, data: .....

Osoba skrawająca bloczki parafinowe, data: .....

Osoba nadzorująca barwienie, zaklejanie preparatów, data: .....

Osoba przekazująca preparaty do oceny mikroskopowej, data: .....