|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia lekarz kierującyUwagi:- wypełnić pismem blokowym lub maszynowym; - \*właściwe zakreślić; - bez podania nazwy oddziału i numeru historii choroby materiał nie będzie badany; - materiał po pobraniu umieścić w obszernym naczyniu zawierającym 10% roztwór zobojętnionej formaliny przekraczający 10-krotnie objętość materiału; do badań cytologicznych materiał utrwalić w 96% alkoholu, w mieszaninie alkohol/eter lub cytofixem | Zlecenie wykonania badania patomorfologicznego...............................................................................................pieczęć szpitala zlecającego badanie / oddział (klinika) **Akademickie Centrum Diagnostyczne****wydział patomorfologii**15-875 Białystok tel./fax +48 85 749 94 43; ul. Krakowska 9 tel. +48 607 734 083 |
| **Nazwisko** | **Imię** | **Płeć** |
| Data urodzenia | PESEL | Nr historii choroby |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Miejsce zamieszkania (województwo) | Data pobrania materiału |
| Rodzaj materiału\* | **Miejsce pobrania (Topografia)** |
| 1. Narząd cały |  | 6. Tkanka |  |  |
| 2. Narząd wycinek |  | 7. Wyskrobiny |  |
| 3. Narząd bioptat |  | 8. Płyn |  |
| 4. Guz cały |  | 9. Plwocina |  |
| 5. Guz wycinek |  | 10. Rozmaz |  |
| **Rozpoznanie kliniczne – makroskopowy opis zmian** |
| Poprzednie biopsje | Nr badania | Zakład wykonujący | Data |
| Rozpoznanie |
| **Istotne dane kliniczne:** (przebieg choroby, stan węzłów chłonnych, wyniki bad. rtg,- początek ostatniego krwawienia, biochem., immunolog.; do materiału kostnego należy - termin prawidłowej OM, zaburzenia cyklu dołączyć zdjęcia rtg)Stosowane leczenieHormonoterapiaChemio-radioterapiaInne |
| **Lekarz kierujący**(czytelny podpis i pieczątka) **Data** |