

WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

UWAGI:

- 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

Tryb badania: rutynowy ; DILLO ; intra ; cito

pieczęć szpitala zlecającego badanie / oddział (Klinika)

AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ
I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ

15-269 Białystok tel./fax +48 (085) 748 59 31, 748 59 10,
ul. Waszyngtona 13 tel. +48 (085) 748 59 93 (kierownik)

| | | |
|---|-------------|--|
| Nazwisko | Imię | Płeć |
| Data urodzenia | PESEL | Nr historii choroby |
| Miejsce zamieszkania (województwo) | | Data i godzina pobrania materiału |
| | | godz. |

| | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------------|--|
| Rodzaj materiału* | | Miejsce pobrania (Topografia) | |
| 1. Narząd cały | 6. Tanka | | |
| 2. Narząd wycinek | 7. Wyskrobiny | | |
| 3. Narząd biopiat | 8. Płyn | | |
| 4. Guz cały | 9. Piwocina | | |
| 5. Guz wycinek | 10. Rozmaz | | |

Rozpoznanie kliniczne – makroskopowy opis zmian

| | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| Poprzednie biopsje | Nr badania | Zakład wykonujący | Data |
| Rozpoznanie | | | |

Istotne dane kliniczne:
- początek ostatniego krwawienia,
- termin prawidłowej OM, zaburzenia cyklu
Stosowane leczenie
Hormonoterapia
Chemo-radioterapia
Inne

(przebieg choroby, stan węzłów chłonnych, wyniki bad. rg, biochem., immunolog.; do materiału kostnego należy dołączyć zdjęcia rg)

Lekarz kierujący
(czytelny podpis i pieczęćka)

Data

Data i godzina przyjęcia materiału:

WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

UWAGI:

- 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

Tryb badania: rutynowy ; DILLO ; intra ; cito

pieczęć szpitala zlecającego badanie / oddział (Klinika)

AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ
I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ

15-269 Białystok tel./fax +48 (085) 748 59 31, 748 59 10,
ul. Waszyngtona 13 tel. +48 (085) 748 59 93 (kierownik)

| | | |
|---|-------------|--|
| Nazwisko | Imię | Płeć |
| Data urodzenia | PESEL | Nr historii choroby |
| Miejsce zamieszkania (województwo) | | Data i godzina pobrania materiału |
| | | godz. |

| | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------------------|--|
| Rodzaj materiału* | | Miejsce pobrania (Topografia) | |
| 1. Narząd cały | 6. Tanka | | |
| 2. Narząd wycinek | 7. Wyskrobiny | | |
| 3. Narząd biopiat | 8. Płyn | | |
| 4. Guz cały | 9. Piwocina | | |
| 5. Guz wycinek | 10. Rozmaz | | |

Rozpoznanie kliniczne – makroskopowy opis zmian

| | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| Poprzednie biopsje | Nr badania | Zakład wykonujący | Data |
| Rozpoznanie | | | |

Istotne dane kliniczne:
- początek ostatniego krwawienia,
- termin prawidłowej OM, zaburzenia cyklu
Stosowane leczenie
Hormonoterapia
Chemo-radioterapia
Inne

(przebieg choroby, stan węzłów chłonnych, wyniki bad. rg, biochem., immunolog.; do materiału kostnego należy dołączyć zdjęcia rg)

Lekarz kierujący
(czytelny podpis i pieczęćka)

Data

Data i godzina przyjęcia materiału: