

## ZLECENIE BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

Oznaczenie jednostki zlecającej:  
(Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)

Oznaczenie Zakładu Patomorfologii (jednostki wykonującej):  
**Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej  
i Genetyczno-Molekularnej  
Pracownia Histopatologiczna**  
15-269 Białystok, ul. Waszyngtona 13, e-mail: sekretariat@aodp.pl  
tel./fax +48 (085) 748 59 31, 748 59 10, tel. +48 (085) 748 59 93 (kierownik)  
Kody resortowe: I – 000000210133, V – 01, VII – 001

miejsce na  
nalepkę  
Zakładu  
Patomorfologii

Tryb wykonania:  Normalny       Pilny       Bardzo pilny  
W ramach:       DiLO       Badanie kliniczne, nr protokołu: .....

Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):  
RRRRR - MM - DD

### DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

.....  
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

Płeć:  Kobieta       Mężczyzna  
 Nieokreślona       Nieznana

.....  
Numer PESEL

.....  
Numer pacjenta w systemie szpitalnym

RRRRR - MM - DD  
Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość<sup>1</sup>: .....

Adres miejsca zamieszkania<sup>2</sup>: .....

.....  
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego<sup>6</sup>

.....  
Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego<sup>2,6</sup>

### DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)

Rozpoznanie wstępne kliniczne:  
.....  
wg ICD10 (5 znaków)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie patomorfologiczne?  Tak (wskazać jakie?)  Nie

Wcześniejsze rozpoznanie: .....

Stosowane leczenie:  Brak       Chemioterapia       Radioterapia       Hormonoterapia       Immunoterapia

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych:  
.....

Uwagi dotyczące wykonania badania:  
.....

### POBRANY MATERIAŁ<sup>4</sup> (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja miejsca pobrania	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja miejsca pobrania
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	

Data i godzina wystawienia zlecenia:  
RRRRR - MM - DD      HH : MM

Data i godzina pobrania materiału:  
RRRRR - MM - DD      HH : MM

Data i godzina utrwalenia materiału:  
RRRRR - MM - DD      HH : MM

.....  
Rodzaj zabiegu, w trakcie którego pozyskano materiał diagnostyczny<sup>7</sup>

Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia Zakład Patomorfologii):  
RRRRR - MM - DD      HH : MM

Przyjął: .....  
Oznaczenie lekarza kierującego<sup>5</sup>:

**POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy** (wypełnia lekarz kierujący w przypadku powyżej 4 naczyń z materiałem)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany
5.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		14.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
6.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		15.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
7.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		16.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
8.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		17.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
9.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		18.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
10.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		19.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
11.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		20.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
12.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		21.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
13.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....		22.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 10% formalina <input type="checkbox"/> Inny: .....	
Uwagi:			Oznaczenie lekarza kierującego <sup>5</sup> :		

**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:**

- Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
- Bez podania kompletnych danych jednostki zlecającej i danych pacjenta, materiał nie będzie badany.
- 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.
- Materiał po pobraniu należy umieścić w naczyniu do tego przystosowanym, zawierającym 10% roztwór zbuforowanej formaliny o pH 7,2-7,4 w temperaturze pokojowej (20 – 25 °C). Objętość płynu utrwalającego powinna być 10-krotnie większa od objętości utrwalonego materiału. Naczynie z materiałem należy opisać danymi pacjenta i lokalizacją anatomiczną miejsca pobrania.
- Materiał dostarczony w nieodpowiednich naczyniach nie będzie badany i zostanie odesłany do jednostki zlecającej.

**PRZYPISY:**

<sup>1</sup> Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

<sup>2</sup> Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

<sup>3</sup> Rodzaj materiału – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktat, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny.

<sup>4</sup> W przypadku liczby naczyń z materiałem większej niż 4, wypełnia się tabelę na drugiej stronie.

<sup>5</sup> Oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>6</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.

<sup>7</sup> Rodzaj zabiegu – Biopsja chirurgiczna; Biopsja gruboigłowa; Biopsja mammotomowa; Biopsja pod kontrolą EUS; Resekcja części narządu; Resekcja narządu; Resekcja całego narządu rozszerzona; Resekcja zespołu narządów; Trepanobiopsja; TRU-CUT Biopsja gruboigłowa; Wycięcie zmiany skórnej; Wycinki z zabiegów bronchoskopii; Wycinki z zabiegów endoskopowych; Wycinki z zabiegów ginekologicznych; Wycinki z zabiegów urologicznych; Wyskrobiny z zabiegów ginekologicznych; Inny sposób pobrania materiału