

ZLECENIE KONSULTACJI PATOMORFOLOGICZNEJOznaczenie 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 – 001miejsce na
nalepkę
Zakładu
PatomorfologiiTryb 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 pacjentaPłeć: Kobieta Mężczyzna
 Nieokreślona Nieznana.....
Numer PESEL.....
Numer pacjenta w systemie szpitalnymRRRRR - MM - DD
Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)Dokument stwierdzający tożsamość¹:Adres miejsca zamieszkania²:
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego⁴.....
Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego^{2,4}**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 ImmunoterapiaIstotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych:
.....Uwagi dotyczące wykonania badania:
.....Cel badania: Konsultacja patomorfologiczna (weryfikacja wyniku) Kwalifikacja do badań dodatkowych (molekularne, IHC)**MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI (wypełnia lekarz kierujący)**Preparaty / bloczki parafinowe – oryginalne numery:
.....Adres, na który należy odesłać wykorzystany materiał konsultacyjny²:
.....

Data i godzina zlecenia konsultacji:

RRRRR - MM - DD HH : MM

UWAGA!**NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE!
BADANIA ZLECONE BEZ ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA NIE ZOSTANĄ PODJĘTE.**

Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia Zakład Patomorfologii):

RRRRR - MM - DD HH : MM

Przyjął:

Oznaczenie lekarza kierującego³:

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. 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.

¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu. ³ Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.⁴ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.