

ZLECENIE BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO TREPANOBIOPTATU SZPIKU KOSTNEGO

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: <input type="checkbox"/> Normalny <input type="checkbox"/> Pilny <input type="checkbox"/> Bardzo pilny W ramach: <input type="checkbox"/> DiLO <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne, nr protokołu:	Oczekiwana data wyniku (dla DiLO): RRRRR - MM - DD	
DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)		
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana
Numer PESEL	Numer pacjenta w systemie szpitalnym	Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) RRRRR - MM - DD
Dokument stwierdzający tożsamość ¹ :		
Adres miejsca zamieszkania ² :		
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego ⁴	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego ^{2,4}	
DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)		
Rozpoznanie wstępne kliniczne:		wg ICD10 (5 znaków)
Wskazania do trepanobiopsji:		<input type="checkbox"/> Do ustalenia
Czy pacjent miał wykonane wcześniejsze trepanobiopsje? <input type="checkbox"/> Tak (wskazać jakie?) <input type="checkbox"/> Nie Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie patomorfologiczne? <input type="checkbox"/> Tak (wskazać jakie?) <input type="checkbox"/> Nie		
Wcześniejsze trepanobiopsje/rozkpoznanie:		
Przebyte leczenie: <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> Inne (w szczególności cytostatyki, sterydy i limfokiny):		
Węzły chłonne:		
Śledziona:	Wątroba:	
Schorzenia współistniejące:		
Inne istotne dane kliniczne (wywiad):		
WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH⁴ (wypełnia lekarz kierujący)		
Krew obwodowa: Hb = Hct = E = MCV = Leu Limf PLT = Obraz odsetkowy:		
Cytometria przepływowa: <input type="checkbox"/> Wykonana <input type="checkbox"/> Nie wykonana <input type="checkbox"/> W toku		
Wyniki badań cytogenetycznych/molekularnych:		
Istotne znaleziska w rozmazie szpiku kostnego:		
FAG=	Białko monoklonalne (poziom/klasa):	
Inne:		
→ Obowiązkowo wypełnić dane dotyczące pobranego materiału na odwrocie formularza!		

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 dostarczony w nieodpowiednich naczyniach nie będzie badany i zostanie odesłany do jednostki zlecającej.

PRZYPISY:

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

POBRANY MATERIAŁ⁴ (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Miejsce pobrania	Nr	Metoda utrwalenia	Miejsce pobrania
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Utrwalacz oksfordzki <input type="checkbox"/> Inny:		2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Utrwalacz oksfordzki <input type="checkbox"/> Inny:	
Data i godzina wystawienia zlecenia: RRRR - MM - DD HH:MM			Data i godzina pobrania materiału: RRRR - MM - DD HH:MM		
Data i godzina utrwalenia materiału: RRRR - MM - DD HH:MM			Typ zabiegu, w trakcie którego pozyskano materiał diagnostyczny: Trepanobiopsja		
Oznaczenie lekarza hematologa odpowiedzialnego za przebieg leczenia ³ :			Oznaczenie lekarza kierującego ³ :		

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia jednostka wykonująca)

Data i godzina przyjęcia materiału: RRRR - MM - DD HH:MM	
Uwagi dot. przyjęcia:	Imię i nazwisko osoby przyjmującej