

ZLECENIE BADANIA MIKROSKOPOWEGO CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

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

Oznaczenie Zakładu Patomorfologii (jednostki wykonującej):
**Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej
i Genetyczno-Molekularnej
Pracownia Cytologiczna**
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 – 00000210133, V – 01, VII – 002

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)

Płeć: Kobieta Mężczyzna
 Nieokreślona Nieznana

Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

RRRRR - MM - DD

Numer PESEL

Numer pacjenta w systemie szpitalnym

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 Immunoterapia

Makroskopowa ocena szyjki macicy: Bez zmian Zaczerwienienie Erytroplakia Leukoplakia Torbiel Nabotha
 Nadżerka Polip Pęknięcie ujścia Krwawienie Owrzodzenie Naciek Stan po amputacji

Virgo IUD
 Obecnie w ciąży

Liczba porodów: Liczba poronień:

RRRRR - MM - DD
Data ostatniej prawidłowej miesiączki

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych:

POBRANY MATERIAŁ (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj zabiegu / lokalizacja miejsca pobrania	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj zabiegu / lokalizacja miejsca pobrania
1.	<input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Podłoże LBC <input type="checkbox"/> Inny:	<input type="checkbox"/> Wymaz z części pochwowej szyjki macicy <input type="checkbox"/> Inny:	2.	<input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Podłoże LBC <input type="checkbox"/> Inny:	<input type="checkbox"/> Wymaz z części pochwowej szyjki macicy <input type="checkbox"/> Inny:

Data i godzina wystawienia zlecenia:

RRRRR - MM - DD HH : MM

Data i godzina pobrania i utrwalenia materiału:

RRRRR - MM - DD HH : MM

Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia Zakład Patomorfologii):

RRRRR - MM - DD HH : MM

Przyjął:

Oznaczenie lekarza kierującego³:

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. Bez podania kompletnych danych jednostki zlecającej i danych pacjenta, materiał nie będzie badany. Materiał do badań cytologicznych po pobraniu należy utwalić Cytofixem, w 96% alkoholu, podłożu LBC lub w mieszaninie alkohol/eter. Materiał należy opisać danymi pacjenta i lokalizacją anatomiczną miejsca pobrania. Materiał dostarczony w nieodpowiedni sposób nie będzie badany i zostanie odesłany do jednostki zlecającej.

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.