

ZLECENIE BADANIA ŚRÓDOPERACYJNEGO (INTRA)

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
W ramach: DiLO

Pilny **Bardzo pilny**
 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 tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

.....
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego⁶

.....
Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego^{2,6}

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:
.....

Kontakt z salą operacyjną:
Numer telefonu:

POBRANY MATERIAŁ⁴ (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja miejsca pobrania	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja miejsca pobrania
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Inny:		3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Inny:	
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Inny:		4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <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 (jeżeli dotyczy):
RRRRR - MM - DD HH:MM

.....
Rodzaj zabiegu, w trakcie którego pozyskano materiał diagnostyczny⁷

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

Przyjął:
Oznaczenie lekarza kierującego⁵:

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

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

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 w jak najkrótszym czasie dostarczyć do Zakładu Patomorfologii, zabezpieczając go przed wysuszeniem. Naczynie z materiałem należy opisać danymi pacjenta i lokalizacją anatomiczną miejsca pobrania.
- Materiał dostarczony w nieodpowiedni sposób nie będzie badany i zostanie odesłany do jednostki zlecającej.

PRZYPISY:

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 Rodzaj materiału – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktat, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny.

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

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

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

⁷ 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