

ZLECENIE BADANIA AUTOPSYJNEGO (SEKCJI ZWŁOK)

Oznaczenie jednostki zlecającej: (Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)	Oznaczenie Zakładu Patomorfologii (jednostki wykonującej): Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej i Genetyczno-Molekularnej Pracownia Autopsyjna 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 – 003	miejsce na nalepkę Zakładu Patomorfologii
--	--	--

Tryb wykonania: Normalny Pilny Bardzo pilny

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

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

..... 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)
---	------------------------------

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:

Cel badania (co badanie ma wyjaśnić):

Kontakt do klinicysty (jeżeli chce być obecny przy sekcji):

Data i godzina zgonu: RRRR - MM - DD HH : MM	Data i godzina zlecenia autopsji: RRRR - MM - DD HH : MM
--	--

Data i godzina przyjęcia zwłok (wypełnia Zakład Patomorfologii): RRRR - MM - DD HH : MM	Przyjął:	Oznaczenie lekarza kierującego ³ :
---	----------	---

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

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, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

⁴ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.