

ZLECENIE KONSULTACJI PATOMORFOLOGICZNEJ

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): RR - 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) RR - 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)
Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie patomorfologiczne? <input type="checkbox"/> Tak (wskazać jakie?) <input type="checkbox"/> Nie		
Wcześniejsze rozpoznanie:		
Stosowane leczenie: <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Hormonoterapia <input type="checkbox"/> Immunoterapia		
Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych:		
Uwagi dotyczące wykonania badania:		
Cel badania: <input type="checkbox"/> Konsultacja patomorfologiczna (weryfikacja wyniku) <input type="checkbox"/> 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 konsultacyjny ² :		
Data i godzina zlecenia konsultacji: RR - 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): RR - MM - DD HH : MM		
Przyjął:		Oznaczenie lekarza kierującego ³ :

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.