

SKIEROWANIE NA BADANIE ŚRÓDOPERACYJNE

* proszę wybrać typ badania

Pieczęć kierującego na badanie 	Pieczętka lekarze i ew. telefon kontaktowy
---	---

DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię Płeć ☐ M ☐ K

Adres

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DANE DOSTARCZONEGO MATERIAŁU

Ilość pojemników.....	Data i godzina pobrania:.....
-----------------------	-------------------------------

DANE KLINICZNE

Opis pobranego materiału, rodzaj zabiegu, jeśli jest więcej niż jeden pojemnik proszę opisać każdy

Typ zabiegu

Lokalizacja anatomiczna

Rozpoznanie kliniczne

.....

.....

.....

ISTOTNE DANE KLINICZNE

RTG, TK, USG, przebyte leczenie mogące wpływać na tkanki, markery, badania immunologiczne, jeśli materiał ginekologiczny data OM, leczenie hormonalne, poprzednie badania cytologiczne, histopatologiczne i inne istotne

.....

.....

Kontakt do oddziału zabiegowego

Osoba odpowiedzialna za odebranie rozpoznania śródoperacyjnego (imię i nazwisko):

Numer telefonu do oddziału zabiegowego: