

Histamed Diagnostyka+

Consilio

Histamed DC Sp. z o.o.
ul. Prof. M. Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków
NIP 6751739329, REGON 387608316, tel. (032) 230 75 18, (032) 230 75 19

- skierowanie rutynowe skierowanie śródoperacyjne / INTRA
 CITO DILO Numer Karty DILO

NAZWISKO (NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO) _____ PŁEĆ: M K

IMIĘ (IMIĘ OPIEKUNA PRAWNEGO) _____
DATA URODZENIA DD MM RR

PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość
Jeśli brak nr PESEL, koniecznie podaj nr innego dokumentu
np. paszportu

ADRES _____

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ NR HISTORII CHOROBY

Bez leczenia / po leczeniu (zaznacz odpowiednie)

- Bez leczenia
 Po leczeniu radioterapia chemioterapia hormonoterapia
 immunoterapia farmakoterapia Inne brak danych
 Brak danych

PIECZĘĆ ZLECENIODAWCY

ODDZIAŁ

DATA I GODZINA POBRANIA
DD MM RR GG MM

DATA SKIEROWANIA
DD MM RR

TU NAKLEJ
KOD „ZLECENIE”

POTWIERDZAM ZGODNOŚĆ DANYCH PACJENTA
ORAZ DANYCH ZAWARTYCH W SKIEROWANIU

TEL. KONTAKTOWY PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

W RAZIE INTRY / BADANIA ŚRÓDOPERACYJNEGO WYMAGANY TELEFON LEKARZ:

Charakter zmiany (zaznacz odpowiednie)

- pierwotna wznowa przerzut brak danych

Wyniki poprzednich badań histopatologicznych

data badania

rozpoznanie histopatologiczne

Rozpoznanie kliniczne wraz z ICD 10 oraz wskazaniem medycznymi do wykonania badania (istotne dane kliniczne oraz wyniki badań dodatkowych, w szczególności hematologicznych i radiologicznych niezbędnych do uzyskania rozpoznania patomorfologicznego, np. wynik badania endoskopowego)

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PATOMORFOLOGII

Badania zlecone w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia

Lp.	NR MATERIAŁU (KOD MATERIAŁU)	RODZAJ MATERIAŁU*	NARZĄD I LOKALIZACJA	RODZAJ BADANIA**	RODZAJ UTRWALENIA	DATA I GODZINA
1	01				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
2	02				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
3	03				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM

* Materiały: 1. Wycinek, 2. materiał pooperacyjny, 3. oligobiopsja, 4. płyn, 5. wymaz, 6. płwocina, 7. BAC, 8. BACC, 9. szpik, 10. imprint, 11. inny, 12. wyskrobiny

** Rodz. badań: 1. histopatologia, 2. cytologia, 3. immunohistochemia, 4. BAC - badanie cytologiczne, 5. inny, 6. cytologia ginekologiczna, 7. INTRA, 8. konsultacje

Lp.	NR MATERIAŁU (KOD MATERIAŁU)	RODZAJ MATERIAŁU*	NARZĄD I LOKALIZACJA	RODZAJ BADANIA**	RODZAJ UTRWALENIA	DATA I GODZINA
4	04				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
5	05				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
6	06				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
7	07				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
8	08				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
9	09				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
10	10				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
11	11				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
12	12				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM

* Materiały: 1. Wycinek, 2. materiał pooperacyjny, 3. oligobiopsja, 4. płyn, 5. wymaz, 6. płwocina, 7. BAC, 8. BACC, 9. szpik, 10. imprint, 11. inny, 12. wyskrobiny

** Rodz. badań: 1. histopatologia, 2. cytologia, 3. immunohistochemia, 4. BAC - badanie cytologiczne, 5. inny, 6. cytologia ginekologiczna, 7. INTRA, 8. konsultacje