



**Centrum Diagnostyki
Patomorfologicznej Sp. z o. o.**

ul. Gustawa Morcinka 5/11
01-496 Warszawa
www.patomorfologia.com
telefon: +48 69 0 69 62 69

KRS: 0000664320 | REGON: 36666206800012 | NIP: 5252701325 | Kod resortowy: (I) 000000192316; (V) 01; (VII) 001; (VIII) 7150

Skierowanie na badanie patomorfologiczne					
Cytologia ginekologiczna					
Kierujący na badanie					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą:			Kod identyfikacyjny badania:		
			TU UMIEŚĆ NAKLEJKĘ Z KODEM KRESKOWYM		
Pacjentka					
Imię:					
Nazwisko:					
PESEL/ID:		Data urodzenia:			
Adres zamieszkania:					
Dane kliniczne					
Rozpoznanie kliniczne:					
ICD-10:		SNOMED:			
Ostatnia miesiączka:	Data:		Prawidłowa <input type="checkbox"/>	Po menopauzie <input type="checkbox"/>	
Cięża	Tak	Nie	Hbd:		
Przebyte leczenie:					
Radioterapia:	Tak	Nie	Data:		
Chemioterapia:	Tak	Nie	Data:		
Hormonoterapia:	Tak	Nie	IUD:	Tak	Nie
Wcześniejsze badania patomorfologiczne:					
Materiał					
Data pobrania:		Godz. pobrania:	:	Utrwalono w:	Nie dotyczy
Rodzaj materiału:	Rozmaz <input type="checkbox"/>	LBC <input type="checkbox"/>	HPV <input type="checkbox"/>	LBC+HPV <input type="checkbox"/>	
Oznaczenie/numer materiału:					
Opis szyjki macicy:	Prawidłowa <input type="checkbox"/>	Ektopia <input type="checkbox"/>	Zapalenie <input type="checkbox"/>	Inne (opis) <input type="checkbox"/>	
	Dla szczegółowego opisu nadesłanych materiałów prosimy wykorzystać pole na odwrocie skierowania				
Pieczętka i podpis lekarza kierującego:					

Szczegółowy opis nadesłanego materiału oraz uwagi:

