



**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

| <b>Skierowanie na badanie patomorfologiczne</b><br>Badanie cytologiczne osadu moczu |   |                        |                                      |                        |            |
|---|---|------------------------|--------------------------------------|------------------------|------------|
| <b>Kierujący na badanie</b>   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą:</b>                                    |   |                        | <b>Kod identyfikacyjny badania:</b>  |                        |            |
|   |   |                        | TU UMIEŚĆ NAKLEJKĘ Z KODEM KRESKOWYM |                        |            |
| <b>Pacjent</b>  |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Imię:</b>  |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Nazwisko:</b>  |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>PESEL/ID:</b>  |   |                        |                                      | <b>Data urodzenia:</b> |            |
|   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Adres zamieszkania:</b>  |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Dane kliniczne</b>   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Rozpoznanie kliniczne:</b>   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>ICD-10:</b>  |   |                        |                                      | <b>SNOMED:</b>         |            |
|   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Przebyte leczenie:</b>   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Radioterapia:</b>  | <b>Tak</b>  | <b>Nie</b>             | <b>Data:</b>                         |                        |            |
| <b>Chemioterapia</b>  | <b>Tak</b>  | <b>Nie</b>             | <b>Data:</b>                         |                        |            |
| <b>Antybiotykoterapia:</b>  | <b>Tak</b>  | <b>Nie</b>             | <b>Cewnikowanie:</b>                 | <b>Tak</b>             | <b>Nie</b> |
| <b>Wcześniejsze badania patomorfologiczne:</b>                                      |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Materiał</b>   |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Data pobrania:</b>   |   | <b>Godz. pobrania:</b> | :                                    | <b>Utrwalenie:</b>     |            |
| <b>Rodzaj materiału:</b>  |   |                        |                                      |                        |            |
| <b>Skrócony opis materiału:</b>   |   |                        |                                      |                        |            |
|   | Dla szczegółowego opisu nadesłanych materiałów prosimy wykorzystać pole na odwrocie skierowania |                        |                                      |                        |            |
| <b>Pieczętka i podpis lekarza kierującego:</b>                                      |   |                        |                                      |                        |            |

**Szczegółowy opis nadesłanego materiału oraz uwagi:**

