



**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					
Badanie cytologiczne – cytologia złuszczeniowa i biopsja aspiracyjna					
Kierujący na badanie					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą:			Kod identyfikacyjny badania:		
			TU UMIEŚĆ NAKLEJKĘ Z KODEM KRESKOWYM		
Pacjent					
Imię:					
Nazwisko:					
PESEL/ID:				Data urodzenia:	
Adres zamieszkania:					
Dane kliniczne					
Rozpoznanie kliniczne:					
ICD-10:				SNOMED:	
Przebyte leczenie:					
Radioterapia:	Tak	Nie	Data:		
Chemioterapia	Tak	Nie	Data:		
Antybiotykoterapia:	Tak	Nie	Hormonoterapia:	Tak	Nie
Wcześniejsze badania patomorfologiczne:					
Materiał					
Data pobrania:		Godz. pobrania:	:	Utrwalenie:	
Rodzaj materiału:	Rozmazy na szkiełkach <input type="checkbox"/>			Liczba szkiełek:	Materiał LBC <input type="checkbox"/>
Skrócony opis materiału:	Dla szczegółowego opisu nadesłanych materiałów prosimy wykorzystać pole na odwrocie skierowania. Prosimy o dołączenie wydruku obrazu USG bioptowanej zmiany				
Pieczętka i podpis lekarza kierującego:					

Szczegółowy opis nadesłanego materiału oraz uwagi:

