**Załącznik nr 1 do SOP – 006/PAT**

Numer wniosku nadany w Zakładzie Patomorfologii ............................

........................................................

 Pieczęć Zakładu Patomorfologii

***WNIOSEK O WYPOŻYCZENIE PREPARATU HISTOPATOLOGICZNEGO/CYTOLOGICZNEGO***

 ***I BLOCZKÓW PARAFINOWYCH***

*z obowiązkiem zwrotu po wykorzystaniu, w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od dnia wydania*

**Pan/Pani** ...............................................................................................................................................

**PESEL** ..................................................................................................................................................

**w dniu**...............**składa wniosek o wypożyczenie preparatu histopatologicznego/cytologicznego:**

* **szkiełka nr** ........................................................................................................................................
* **kostki nr** ...........................................................................................................................................
* **odczynu immunohistochemicznego (ilość)** .................................................................................

**z Zakładu Patomorfologii Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie.**

**Cel wypożyczenia: □ ponowna ocena □ wykonanie dodatkowych badań (jakich?)**......................

**□ inny (jaki?)** …........................................................................................................................................

Preparat wypożyczony po konsultacji i za zgodą lekarza patomorfologa:.................................................

Preparat przygotował Pracownik Zakładu Patomorfologii: …....................................................................

**Osoba odbierająca preparat z Zakładu Patomorfologii:**

□ Pracownik Transportu Szpitalnego ….....................................................................................................

Na oddział..................................................................................................................................................

□ Odbiór osobisty przez pacjenta/osobę upoważnioną:……………………………………………...............

 **Preparat wydał: Preparat pobrał:**

…………………..……… ............................................................

data, czytelny podpis data, czytelny podpis pacjenta

lub osoby upoważnionej

***DOWÓD ZWROTU PREPARATU HISTOPATOLOGICZNEGO/CYTOLOGICZNEGO I BLOCZKÓW PARAFINOWYCH***

Przyjęcie zwrotu w/w preparatu w dniu ………………………..

 □ Preparat kompletny, zgodny z dniem wypożyczenia

Uwagi: ……………………………………………………….

Przyjął: ………………………………………………………