Pieczęć jednostki kierującej **ZAKŁAD PATOMORFOLOGII**

 Szpital Wojewódzki im.św.Łukasza

 33-100 Tarnów, ul. Lwowska 178a

 Tel. (14) 631-5913

**SKIEROWANIE NA BADANIE PATOMORFOLOGICZNE:**

HISTOPATOLOGICZNE CYTOLOGICZNE KONSULTACYJNE

(*właściwe zakreślić*)

Tryb: **BARDZO PILNY (DILO) PILNY (CITO) NORMALNY INTRA**

(*właściwe zakreślić*)

**Imię i nazwisko** …...….............................................................................

Data urodzenia …....................... Płeć……………………

**PESEL** ….........................................….

Adres ………………………………………………………………………………………………

Rozpoznanie kliniczne z kodem ICD-10………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………

**Rodzaj pobranego materiału wraz z lokalizacją anatomiczną/miejscem pobrania:**

**Materiał nr 1**. ….............................................................................................

Typ zabiegu: ………………………………………………………………………………………

Data i godzina pobrania:…………… Data i godzina utrwalenia: …………………….

Materiał utrwalający: formalina buf. 10% alkohol brak (*właściwe zakreślić*)

**Materiał nr 2**. ………………………………………………………………………………….

Typ zabiegu: ………………………………………………………………………………………

Data i godzina pobrania:…………… Data i godzina utrwalenia: …………………….

Materiał utrwalający: formalina buf. 10% alkohol brak (*właściwe zakreślić*)

**Informacje o wcześniej rozpoznanej innej chorobie nowotworowej**…………………….

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

**Informacje o uprzednim leczeniu:**

brak hormonoterapia chemioterapia radioterapia immunoterapia

(*właściwe zakreślić*)

 ………………………………………………………………..

 Pieczęć i podpis lekarza kierującego, data wystawienia skierowania