



Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
Nazwa zakładu leczniczego
Nazwa jednostki organizacyjnej
Nazwa komórki organizacyjnej
20-090 Lublin, ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8
tel. 81 72-44-226 lub 81 72-44-227
R E G O N 0 0 0 2 8 8 7 5 1
kod resort. (cz. I/V/VII/VIII)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie
Zakład Patomorfologii
ul. Dra Kazimierza Jaczewskiego 8b, 20-090 Lublin
tel. (+48) 81-448-65-30, 781-881-068 fax. 81-448-65-50
e-mail: histopatologia@usk4.lublin.pl www.usk4.lublin.pl

Miejsce na nalepkę
(nr badania)

SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE

Tryb wykonania badania: ☐ rutynowy ☐ pilny ☐ bardzo pilny (DILO)		Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:		Przyjął (pieczętka i podpis):	
NAZWISKO, IMIONA PACJENTA:					
				PŁEĆ:	
				☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
DATA URODZENIA:		PESEL*):		☐ Nieznana ☐ Nieokreślona	
ADRES:					
<u>Imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego</u> (w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody)					

Rozpoznanie kliniczne:					
					Kod ICD-10:
Rodzaj zabiegu:					
Poprzednie rozpoznania hist.-pat.: ☐ Nie ☐ Tak - wskazać jakie:					
Istotne dane kliniczne, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, aktualnie stosowane leczenie:					
Pojemnik Nr	Miejsce pobrania (lokalizacja anatomiczna)	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania	Data i godzina utrwalenia	Miejsce na kod kreskowy
ZASTOSOWANY UTRWALACZ: ☐ FORMALINA ☐ INNY, jaki:			Data oraz pieczętka i podpis lekarza zlecającego		

*) w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka należy podać numer PESEL matki.

Imię i nazwisko pacjenta:

Pojemnik Nr	Miejsce pobrania (lokalizacja anatomiczna)	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania	Data i godzina utrwalenia	Miejsce na kod kreskowy
ZASTOSOWANY UTRWALACZ: ☐ FORMALINA ☐ INNY, jaki:			Data oraz pieczętka i podpis lekarza zlecającego		

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ PRACOWNIKÓW ZAKŁADU PATOMORFOLOGII:

Uwagi:

POBRAŁ	OCENIŁ	KONSULTOWAŁ
..... technik (data oraz pieczętka i podpis)	 lekarz patomorfolog (data oraz pieczętka i podpis)	 lekarz patomorfolog (data oraz pieczętka i podpis)

LICZBA BLOCZKÓW: _____ H+E: _____ BARWIENIA DODATKOWE: _____ IHC: _____