



Uniwersytecki Szpital Kliniczny 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 ŚRÓDOPERACYJNE

Tryb wykonania badania:	Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:	Przyjął (pieczętka i podpis):
INTRA/ badanie śródoperacyjne		
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:
Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?						☐ Tak ☐ Nie
Uwagi dotyczące wykonania badania:						
Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału	Miejsce pobrania (lokalizacja anatomiczna)	Typ zabiegu	Data i godzina pobrania	Miejsce na kod kreskowy
1.	☐ Nieutrwalony					
2.	☐ Nieutrwalony					
3.	☐ Nieutrwalony					
4.	☐ Nieutrwalony					
5.	☐ Nieutrwalony					
6.	☐ Nieutrwalony					
Numer telefonu (do przekazania wyniku badania):				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:

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału	Miejsce pobrania (lokalizacja anatomiczna)	Typ zabiegu	Data i godzina pobrania	Miejsce na kod kreskowy
1.	☐ Nieutrwalony					
2.	☐ Nieutrwalony					
3.	☐ Nieutrwalony					
4.	☐ Nieutrwalony					
5.	☐ Nieutrwalony					
6.	☐ Nieutrwalony					
7.	☐ Nieutrwalony					
8.	☐ Nieutrwalony					
Numer telefonu (do przekazania wyniku badania):				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: _____