



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

Załącznik Nr 7 do P-ZPM/1

Miejsce na
nalepkę
(nr badania)

SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE

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*):	
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 ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne: ☐ Nie ☐ Tak – wskazać jakie:		
Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii? ☐ Tak ☐ Nie		
Istotne dane kliniczne, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, aktualnie stosowane leczenie:		
Uwagi dotyczące wykonania badania:		
Preparaty histopatologiczne/ cytologiczne/ bloczki parafinowe – oryginalne numery oraz ilość (wypełnia lekarz zlecający):		
☐ preparaty histopatologiczne nr ilość:		
☐ preparaty cytologiczne nr ilość:		
☐ bloczki parafinowe nr ilość:		
Bez dołączonego wyniku rozpoznania patomorfologicznego, badanie nie zostanie zrealizowane.		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.

Wydanie: 5

Data wydania: 30.12.2025

Strona 1 z 2

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr badania	OPIS MAKROSKOPOWY
Nr badania/...../20..... (rok)	

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

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