



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)

## ZAŁĄCZNIK DO SKIEROWANIA NA BADANIE CYTOLOGICZNE

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

### Informacje dotyczące pobranego materiału (wypełnia lekarz zlecający):

| Nr | Lokalizacja anatomiczna zmiany | Rodzaj materiału                                         |                                             | Data i godzina pobrania | Data i godzina utrwalenia | Metoda utrwalenia                                                                                                  | Miejsce na kod kreskowy |
|----|--------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt. | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                         |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |

Imię i nazwisko pacjenta:

| Nr | Lokalizacja anatomiczna zmiany | Rodzaj materiału                                        |                                             | Data i godzina pobrania                           | Data i godzina utrwalenia | Metoda utrwalenia                                                                                                  | Miejsce na kod kreskowy |
|----|--------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                | <input type="checkbox"/> rozmazy na szkiełkach .....szt | <input type="checkbox"/> pojemnik .....szt. |                                                   |                           | <input type="checkbox"/> Nieutrwalony<br><input type="checkbox"/> Alk. etyl. 96%<br><input type="checkbox"/> Inny: |                         |
|    |                                |                                                         |                                             | Data oraz pieczętka i podpis lekarza zlecającego: |                           |                                                                                                                    |                         |