



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 CYTOLOGICZNE

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)
Wcześniejsze rozpoznanie:	
Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?	☐ Tak ☐ Nie
Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, aktualnie stosowane leczenie:	
Proszę dołączyć opis badania USG.	

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
		☐ rozmazy na szkiełkachszt.	☐ pojemnikszt.		☐ Nieutrwalony ☐ Alk. etyl. 96% ☐ Inny:	
		☐ rozmazy na szkiełkachszt.	☐ pojemnikszt.		☐ Nieutrwalony ☐ Alk. etyl. 96% ☐ Inny:	
		☐ rozmazy na szkiełkachszt.	☐ pojemnikszt.		☐ Nieutrwalony ☐ Alk. etyl. 96% ☐ Inny:	
		☐ rozmazy na szkiełkachszt.	☐ pojemnikszt.		☐ Nieutrwalony ☐ Alk. etyl. 96% ☐ Inny:	
			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: