

ZLECENIE BADANIA CYTOLOGICZNEGO

Oznaczenie jednostki zlecającej:
(Wymagane podanie I, V i VII kodu resortowego)

Oznaczenie Zakładu Patomorfologii (jednostki wykonującej):
Szpital Pomorskie Sp. z o.o.
Zespół Zakładów i Poradni przy Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy
Zakład Patomorfologii
84-200 Wejherowo, ul. dr. Alojzego Jagalskiego 10
e-mail: wej.patologia@szpitalpomorskie.eu, tel. +48 58 572 73 98
Kody resortowe: I – 000000011245, V – 07, VII – 216

miejsce na
nalepkę
Zakładu
Patomorfologii

Tryb wykonania: Normalny Pilny Bardzo pilny
W ramach: DiLO Badanie kliniczne, nr protokołu:

Oczekiwana data wyniku (dla DiLO):
RRRR - MM - DD

DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

.....
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta

Płeć: Kobieta Mężczyzna
 Nieokreślona Nieznana

.....
Numer PESEL

.....
Numer pacjenta w systemie szpitalnym

RRRR - MM - DD
Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)

Dokument stwierdzający tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

.....
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego⁶

.....
Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego^{2,6}

DANE KLINICZNE (wypełnia lekarz kierujący)

Rozpoznanie wstępne kliniczne:
.....
wg ICD10 (5 znaków)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie patomorfologiczne? Tak (wskazać jakie?) Nie

Wcześniejsze rozpoznanie:

Stosowane leczenie: Brak Chemioterapia Radioterapia Hormonoterapia Immunoterapia

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych:
.....

Uwagi dotyczące wykonania badania:
.....

POBRANY MATERIAŁ⁴ (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja miejsca pobrania	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja miejsca pobrania
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytifix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytifix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytifix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytifix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	

Data i godzina wystawienia zlecenia:
RRRR - MM - DD HH : MM

Data i godzina pobrania materiału:
RRRR - MM - DD HH : MM

Data i godzina utrwalenia materiału:
RRRR - MM - DD HH : MM

.....
Rodzaj zabiegu, w trakcie którego pozyskano materiał diagnostyczny⁷

Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia Zakład Patomorfologii):
RRRR - MM - DD HH : MM

Przyjął:
Oznaczenie lekarza kierującego⁵:

POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy (wypełnia lekarz kierujący w przypadku pobrania powyżej 4 materiałów)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału ³ i lokalizacja zmiany
5.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		14.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
6.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		15.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
7.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		16.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
8.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		17.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
9.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		18.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
10.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		19.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
11.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		20.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
12.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		21.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
13.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:		22.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Cytofix <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny:	
Uwagi:			Oznaczenie lekarza kierującego ⁵ :		

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

- Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.
- Bez podania kompletnych danych jednostki zlecającej i danych pacjenta, materiał nie będzie badany.
- W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc w śródmiąższowych chorobach płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych.
- Materiał do badań cytologicznych po pobraniu należy utwalić w 96% alkoholu, w mieszaninie alkohol/eter lub Cytofixem.
- Materiał należy opisać danymi pacjenta i lokalizacją anatomiczną miejsca pobrania.
- Materiał dostarczony w nieodpowiedni sposób nie będzie badany i zostanie odesłany do jednostki zlecającej.

PRZYPISY:

¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

³ Rodzaj materiału – [cytp] Cytologiczny (płyn); [cytr] Cytologiczny (rozmaz).

⁴ W przypadku liczby naczyń z materiałem większej niż 4, wypełnia się tabelę na drugiej stronie.

⁵ Oznaczenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

⁶ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.

⁷ Rodzaj zabiegu – Biopsja Aspiracyjna Cienkoigłowa (BAC); BAC pod kontrolą TK; BAC pod kontrolą USG; EBUS (badanie bronchofiberoskopowe z ultrasonografią wewnątrzoskrzelową); Nakłucie jam ciała z pobraniem płynu (paracenteza); Płyn z ciała szklistego; Pobranie moczu; Pobranie płwociny; Popłuczyny oskrzelowe; Popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL); Rozmaz; Wymaz szczoteczkowy; Wymaz z brodawki; Inny sposób pobrania materiału.