

Rzeszów, dn.

Nr badania

Pieczątką placówki kierującej

Do Klinicznego Zakładu Patomorfologii
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie
Podkarpackie Centrum Chorób Płuc w Rzeszowie
ul. Rycerska 2, 35-241 Rzeszów

ZLECENIA

Pacjent:

płeć:

PESEL:

data urodzenia:

Nr historii choroby:

Adres:

Rodzaj badania		Rodzaj materiału	
Histopatologiczne		Narząd cały	Rozmaz z BAC
Cytologiczne		Guz cały	Płyn
Śródoperacyjne		Wycinek	Mocz
BAC		Wyskrobiny	Plwocina
BACC		Biopsja gruboigłowa	Popłuczyny oskrzelowe
		Cytoblok	Aspirat
		Rozmaz szczoteczkowy	Inny

Okolica skąd pobrano materiał:

Data i godzina pobrania materiału:

Substancja utrwalająca: alkohol / formalina

Godzina zalania materiału formaliną:

Rozpoznanie kliniczne/dane kliniczne/dotyychczasowe leczenie:

Procedura ICD-9:

Data ostatniej miesiączki:

Lekarz kierujący materiał (pieczętka i podpis)

WYPEŁNIA ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

Data i godz. przyjęcia materiału:

WYPEŁNIA ZAKŁAD PATOMORFOLOGII

Nr badania:		godz. rozpoczęcia pobierania materiału:	
-------------	--	---	--

	Data	Godz.	Lekarz / Technik	Data i godzina zakończenia badania mikroskopowego:
Pobieranie				Podpis i pieczęć lekarza
Przeprowadzanie				
Zatapianie				
Krojenie				
Barwienie				
Zakończenie procesu / Kontrola				