

Diagnostyka+

DIAGNOSTYKA S.A. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków
www.diagnostyka.pl, nr rejestru 00000005831



NAZWISKO / NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO

IMIĘ / IMIĘ OPIEKUNA PRAWNEGO

PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość
Jeśli brak nr PESEL, koniecznie podaj nr innego dokumentu np. paszportu

DATA URODZENIA

PLEĆ:
M
K

ADRES

TRYB: RUTYNOWY CITO DILO (jeśli zaznaczono DILO, należy wypełnić nr karty)
 ŚRÓDOPERACYJNY / INTRA

numer tel. lekarza operującego oczekującego na wynik

NR KSIĘGI GŁÓWNEJ NR HISTORII CHOROBY

Bez leczenia / po leczeniu (zaznacz odpowiednie)

- Bez leczenia
 Po leczeniu radioterapia chemioterapia hormonoterapia
 immunoterapia farmakoterapia Inne brak danych
 Brak danych

Charakter zmiany (zaznacz odpowiednie)

- pierwotna wznowa przerzut
 brak danych

Wyniki poprzednich badań histopatologicznych

data badania

rozpoznanie histopatologiczne

Rozpoznanie kliniczne wraz z ICD 10 oraz wskazaniem medycznymi do wykonania badania (istotne dane kliniczne oraz wyniki badań dodatkowych, w szczególności hematologicznych i radiologicznych niezbędnych do uzyskania rozpoznania patomorfologicznego, np. wynik badania endoskopowego)

SKIEROWANIE NA BADANIA HISTOPATOLOGICZNE

Badania zlecone w celu profilaktyki, zachowania, ratowania, przywracania i poprawy zdrowia

Lp.	NR MATERIAŁU (KOD MATERIAŁU)	RODZAJ MATERIAŁU*	NARZĄD I LOKALIZACJA	RODZAJ BADANIA**	RODZAJ UTRWALENIA	DATA I GODZINA
1	01				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
2	02				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
3	03				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM

* Materiały: 1. Wycinek, 2. materiał pooperacyjny, 3. oligobiopsja, 4. płyn, 5. wymaz, 6. płwocina, 7. BAC, 8. BACC, 9. szpik, 10. imprint, 11. inny, 12. wyskrobiny

** Rodz. badań: 1. histopatologia, 2. cytologia, 3. immunohistochemia, 4. biopsja, 5. inny, 6. cytologia ginekologiczna

Lp.	NR MATERIAŁU (KOD MATERIAŁU)	RODZAJ MATERIAŁU*	NARZĄD I LOKALIZACJA	RODZAJ BADANIA**	RODZAJ UTRWALENIA	DATA I GODZINA
4	04				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
5	05				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
6	06				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
7	07				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
8	08				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
9	09				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
10	10				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
11	11				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM
12	12				<input type="checkbox"/> Formalina <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Cytofix	DD MM RR GG MM

* Materiały: 1. Wycinek, 2. materiał pooperacyjny, 3. oligobiopsja, 4. płyn, 5. wymaz, 6. płwocina, 7. BAC, 8. BACC, 9. szpik, 10. imprint, 11. inny, 12. wyskrobiny

** Rodz. badań: 1. histopatologia, 2. cytologia, 3. immunohistochemia, 4. biopsja, 5. inny, 6. cytologia ginekologiczna

