

.....
nazwa i adres jednostki org. zlecającej badanie

.....
miejsowość, data

REGON:

RPWDL:

nr umowy z NFZ:

numer tel.:

kod resortowy jednostki org. zlecającej badanie:

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE (BAC/CYTOLOGIA ZŁUSZCZENIOWA)

Proszę o badanie materiału

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Imię i Nazwisko pacjenta:		Płeć:	
PESEL:	Data urodzenia:	Wiek:	
Adres zamieszkania:			
ROZPOZNANIE:		ICD 10:	

Materiał – Cytologiczny (rozmaz) - BAC

Nr próbki:	Lokalizacja zmiany (narząd):	Data i godzina pobrania materiału:	Utrwalacz:
		Data i godzina utrwalenia materiału:	
Tryb wykonania badania:	<input type="checkbox"/> normalny	<input type="checkbox"/> pilny (CITO)	<input type="checkbox"/> bardzo pilny
Informacje dodatkowe:	Dane osoby pobierającej materiał:		

ISTOTNE DANE KLINICZNE

Badanie:	<input type="checkbox"/> pierwsze	<input type="checkbox"/> kolejne – nr poprzedniego badania:
Istotne dane kliniczne / sugerowane rozpoznanie wynikające z badania:		
Uprzednie leczenie z powodu choroby nowotworowej:		
Zabieg operacyjny:		
Radioterapia:		
Hormonoterapia:		
Chemioterapia:		
<p>..... Podpis i pieczęć lekarza kierującego</p>		

UWAGA!! W PRZYPADKU NIEWYPEŁNIENIA WYMAGANYCH PÓL, MATERIAŁ BĘDZIE ODEŚLANY.

Wygenerował:

data: