

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

.....
miejscowość, data

REGON:

RPWDL:

nr umowy z NFZ:

numer tel.:

kod resortowy jednostki org. zlecającej badanie:

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Proszę o badanie materiału

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

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

POBRANIE MATERIAŁU

Nr próbki:	Lokalizacja (miejsce) pobranego materiału:	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
Data ostatniej miesiączki:	Dane osoby pobierającej materiał:		

ISTOTNE DANE KLINICZNE

Histerektomia:
Radioterapia:
Chemioterapie:
Hormonoterapie:
Dodatkowe istotne dane kliniczne, uwagi zlecającego:
..... Podpis i pieczęć lekarza kierującego

UWAGA! W PRZYPADKU NIWYPEŁNIENIA WYMAGANYCH PÓL, MATERIAŁ BĘDZIE ODESŁANY.

Wygenerował:

data: