

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

.....
miejsce, data

REGON:

RPWDL:

nr umowy z NFZ:

numer tel.:

kod resortowy jednostki org. zlecającej badanie:

SKIEROWANIE NA BADANIE FISH

Proszę o badanie materiału

DANE PACJENTA WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY			
Imię i Nazwisko pacjenta:		Płeć:	
PESEL:	Data urodzenia:	Wiek:	
Adres zamieszkania:			
ROZPOZNANIE:		ICD 10:	
ZLECONY BADANIE WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY			
WSKAZANIE DO BADANIA	<input type="checkbox"/> leczenie celowane		<input type="checkbox"/> diagnostyka molekularna
<input type="checkbox"/> guz pierwotny	<input type="checkbox"/> przerzut/wznowa	<input type="checkbox"/> przed leczeniem)	<input type="checkbox"/> w trakcie leczenia
NFZ	Materiał pobrany w trakcie tej samej hospitalizacji, co zlecenie		Leczenie szpitalne
	Świadczenie odrębnie kontraktowane		Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
Badanie kliniczne: Nie Nr badania klinicznego:		Inny płatnik:	
LOKALIZACJA ZMIANY (narząd):			
RODZAJ MATERIAŁU	bloczek parafinowy numery bloczków/preparatu		inny materiał: <i>metoda utrwalenia:</i>
RODZAJ BADANIA – FISH guzy lite (wybrać ze słownika)		Data i godzina zlecenia badania:	
Tryb wykonania badania:	<input type="checkbox"/> normalny	<input type="checkbox"/> pilny (CITO)	<input type="checkbox"/> bardzo pilny
CZY UZYSKANO ZGODĘ PACJENTA NA wykonanie diagnostycznego badania genetycznego i przetwarzanie danych osobowych?			
UWAGI:	 Podpis i pieczęć lekarza kierującego	

UWAGA! W PRZYPADKU NIE WYPEŁNIENIA WYMAGANYCH PÓL, MATERIAŁ BĘDZIE ODESŁANY.

Wygenerował:

data: