

.....  
miejsowość, data.....  
nazwa i adres jednostki org. zlecającej badanie

**SKIEROWANIE NA BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE  
do Zakładu Patomorfologii Nowotworów  
w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie  
– Państwowym Instytucie Badawczym Oddziale w Krakowie**

Proszę o badanie materiału

<b>DANE PACJENTA (WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY)</b>							
Imię i Nazwisko pacjenta:			Płeć:				
PESEL:		Data urodzenia:	Wiek:				
Adres zamieszkania:							
ROZPOZNANIE:			ICD 10 (pięć znaków)				
<b>ZLECONE BADANIE (WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY)</b>							
Lokalizacja zmiany:			Data i godzina zlecenia badania:				
<input type="checkbox"/>	guz pierwotny	<input type="checkbox"/>	przerzut / wznowa	<input type="checkbox"/>	przed leczeniem	<input type="checkbox"/>	w trakcie leczenia
numer oryginalnego badania morfologicznego:			numer bloczka/preparatu:				
receptory w raku sutka:			inne markery:				
Tryb wykonania badania:		[ ] normalny		[ ] pilny			
Uwagi			..... .Podpis i pieczęć lekarza kierującego				

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

Wygenerował:

data: