


Oznaczenie jednostki zlecającej:		 <b>Narodowy Instytut Onkologii</b> im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy		<b>Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej</b> 02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5 tel. 22 546 23 69, 22 546 33 61 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15 Tel.22 570 92 02, 22 570 92 85		miejsce na nalepkę NIO-PIB	
<b>SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE</b>							
Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> INTRA (bardzo pilny) <input type="checkbox"/> BREAST CANCER UNIT (pilny) <input type="checkbox"/> DiLO (pilny) <input type="checkbox"/> CITO (pilny) <input type="checkbox"/> RUTYNOWY (normalny) <input type="checkbox"/> Badanie kliniczne, nr protokołu: .....					Oczekiwana data wyniku (dla DiLO): RRRR - MM - DD		
<b>DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)</b>							
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta .....					Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana		
Numer PESEL .....			Numer PID (w przypadku pacjenta NIO-PIB) .....		Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) RRRR - MM - DD		
Dokument stwierdzający tożsamość <sup>1</sup> : .....							
Adres miejsca zamieszkania <sup>2</sup> : .....							
Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego <sup>6</sup> .....				Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego <sup>2,6</sup> .....			
Rozpoznanie wstępne kliniczne: .....					..... wg ICD10 (5 znaków)		
Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?					<input type="checkbox"/> Tak (wskazać jakie?) <input type="checkbox"/> Nie		
Wcześniejsze rozpoznanie: .....							
Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?					<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		
Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie: .....							
Uwagi dotyczące wykonania badania: .....							
<b>POBRANY MATERIAŁ<sup>4</sup> (wypełnia lekarz kierujący)</b>							
<b>Nr</b>	<b>Metoda utrwalenia</b>	<b>Rodzaj materiału<sup>3</sup> i lokalizacja zmiany</b>	<b>Nr</b>	<b>Metoda utrwalenia</b>	<b>Rodzaj materiału<sup>3</sup> i lokalizacja zmiany</b>		
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....			
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		5.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....			
3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		6.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....			
Data i godzina pobrania materiału: RRRR - MM - DD HH : MM			Data zlecenia: RRRR - MM - DD			Liczba pojemników: ..	
Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia laboratorium): RRRR - MM - DD HH : MM				Przyjął:		Oznaczenie lekarza kierującego <sup>5</sup> :	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. Instrukcja wypełnienia formularza znajduje się na odwrocie.

**POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy** (wypełnia lekarz kierujący w przypadku powyżej 6 naczyń z materiałem)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany
7.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		16.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
8.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		17.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
9.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		18.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
10.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		19.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
11.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		20.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
12.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		21.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
13.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		22.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
14.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		23.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
15.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		24.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
Uwagi:			Oznaczenie lekarza kierującego <sup>5</sup> :		

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materiału z płuc w śródmiąższowych chorobach płuc do skierowania na badanie dołącza się radiogram lub inne badania obrazowe oraz opis badań obrazowych lub endoskopowych.

<sup>1</sup> Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

<sup>2</sup> Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu.

<sup>3</sup> Rodzaj materiału – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktat, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny, Płyn, Plwocina, Rozmaz.

<sup>4</sup> W przypadku liczby naczyń z materiałem większej niż 6, wypełnia się tabelę na drugiej stronie.

<sup>5</sup> Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>6</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.