


Oznaczenie jednostki zlecającej:	 <b>Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej</b> <b>Narodowy Instytut Onkologii</b> im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy 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 KONSULTACYJNE</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>4</sup>	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego <sup>2,4</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: .....		
Cel badania: <input type="checkbox"/> Konsultacja patomorfologiczna <input type="checkbox"/> Kwalifikacja do badań dodatkowych (molekularne, IHC)		
<b>MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI (wypełnia lekarz kierujący)</b>		
Preparaty / bloczki parafinowe – oryginalne numery: .....		
Adres do wysyłki <sup>2</sup> : .....		
Data i godzina zlecenia konsultacji: RRRR - MM - DD HH:MM	<b>UWAGA!</b> <b>NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE!</b> <b>BADANIA ZLECONE BEZ ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA NIE ZOSTANĄ PODJĘTE.</b>	
Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia laboratorium): RRRR - MM - DD HH:MM	Przyjął:	Oznaczenie lekarza kierującego <sup>3</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>Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>4</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.