


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		miejsce na nalepkę NIO-PIB	
<b>SKIEROWANIE NA BADANIE MIKROSKOPOWO-ELEKTRONOWE</b>							
Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> DiLO (pilny) <input type="checkbox"/> CITO (pilny) <input type="checkbox"/> RUTYNOWY (normalny)						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>5</sup>				Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego <sup>5</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 (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"/> Glutaraldehyd <input type="checkbox"/> Inny: .....			3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Glutaraldehyd <input type="checkbox"/> Inny: .....		
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Glutaraldehyd <input type="checkbox"/> Inny: .....			4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> Glutaraldehyd <input type="checkbox"/> Inny: .....		
<b>CECHY KLINICZNE GUZA (wypełnia lekarz kierujący – dot. guza przysadki mózgowej)</b>							
<input type="checkbox"/> Czynny hormonalnie		<input type="checkbox"/> Nieczynny hormonalnie					
<input type="checkbox"/> Akromegalia		<input type="checkbox"/> PRL		<input type="checkbox"/> Choroba Cushinga		<input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> Inne: .....	
<input type="checkbox"/> Makrogruczolak		<input type="checkbox"/> Mikrogruczolak		<input type="checkbox"/> Skala Knospa: .....			
<input type="checkbox"/> Inwazyjny		<input type="checkbox"/> Nieinwazyjny		<input type="checkbox"/> Pierwszorazowe		<input type="checkbox"/> Wznowa <input type="checkbox"/> II etap	
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>4</sup> :	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

W przypadku badań tkanek układu szkieletowego, badań endoskopowych przewodu pokarmowego oraz badań materialu 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 materialu – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktat, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny, Płyn, Plwocina, Rozmaz.

<sup>4</sup> Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>5</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.