

**SKIEROWANIE NA BADANIE HISTOPATOLOGICZNE/CYTOLOGICZNE**

Nr .....(wypełnia Zakład Patomorfologii)

Nazwisko i imię pacjenta.....

(drukowane wielkie litery)

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiek .....

Płeć

 K M

(niepotrzebne skreślić krzyżykiem)

Miejsce pobrania .....

Materiał (guz, wycinek).....

Pobrał .....

Utrwalono w .....ilość pojemników.....

Data i godzina pobrania ..... godzina utrwalenia materiału.....

Dane kliniczne ( początek, umiejscowienie, rozpoznanie, dzień cyklu miesięczkowego)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Badanie doraźne tel. kontaktowy:.....

Uwagi/wynik/numer poprzedniego badania .....

.....

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

.....

**Wypełnia Zakład Patomorfologii:**

Otrzymano dnia .....godzina .....

Podpis osoby przyjmującej .....

W razie potrzeby proszę wykorzystać drugą stronę (rysunki, dane kliniczne itp.)