|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia lekarz kierujący  Uwagi:  - wypełnić pismem blokowym lub maszynowym; - \*właściwe zakreślić; - bez podania nazwy oddziału i numeru historii choroby materiał nie będzie badany; - materiał po pobraniu umieścić w obszernym naczyniu zawierającym 10% roztwór zobojętnionej formaliny przekraczający 10-krotnie objętość materiału; do badań cytologicznych materiał utrwalić w 96% alkoholu, w mieszaninie alkohol/eter lub cytofixem | Zlecenie wykonania badania patomorfologicznego ............................................................................................... pieczęć szpitala zlecającego badanie / oddział (klinika) **Akademickie Centrum Diagnostyczne** **wydział patomorfologii** 15-875 Białystok tel./fax +48 85 749 94 43;  ul. Krakowska 9 tel. +48 607 734 083 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | | | | | **Imię** | | | | | | | | | | | **Płeć** | |
| Data urodzenia | | | | | | PESEL | | | | | | | | | | | Nr historii choroby | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Miejsce zamieszkania (województwo) | | | | | | Data pobrania materiału | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj materiału\* | | | | | **Miejsce pobrania (Topografia)** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Narząd cały | |  | 6. Tkanka |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Narząd wycinek | |  | 7. Wyskrobiny |  |
| 3. Narząd bioptat | |  | 8. Płyn |  |
| 4. Guz cały | |  | 9. Plwocina |  |
| 5. Guz wycinek | |  | 10. Rozmaz |  |
| **Rozpoznanie kliniczne – makroskopowy opis zmian** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poprzednie biopsje | Nr badania | | | Zakład wykonujący | | | | | | | | | | | | | | Data |
| Rozpoznanie | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Istotne dane kliniczne:** (przebieg choroby, stan węzłów chłonnych, wyniki bad. rtg,  - początek ostatniego krwawienia, biochem., immunolog.; do materiału kostnego należy  - termin prawidłowej OM, zaburzenia cyklu dołączyć zdjęcia rtg)  Stosowane leczenie  Hormonoterapia  Chemio-radioterapia  Inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lekarz kierujący** (czytelny podpis i pieczątka) **Data** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |