

Tryb wykonywania badania

Bardzo pilny

Pilny

Normalny

Pieczętka jednostki kierującej
(szpital/oddział, poradnia, gabinet itp.)

Numer nadany przez kierującego
zgodny z numerem na szkiełku

Numer Pracowni

SKIEROWANIE do NZOZ ZAKŁADU PATOLOGII Sp. z o.o.

PRACOWNIA

BIOPSJI ASPIRACYJNEJ CIENKOIGŁOWEJ

25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 70, I piętro
tel. 413684787, fax 413661781

*Proszę o badanie cytologiczne – biopsja aspiracyjna:
piersi, tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, inne*

Nazwisko i imię Pacjenta:
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Pesel: | | | | | | | | | |

Przedstawiciel Pacjenta:
(wypełnić w przypadku pacjentów małoletnich, ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do wyrażania zgody)

Rozpoznanie kliniczne:

Dane kliniczne: (inf. o uprzednim leczeniu, innych rozp.
chorobach w szczególności onkologicznych, wyniki badań
obrazowych, laboratoryjnych):
.....
.....

Data i godz. pobrania materiału

Data i godz. utrwalenia materiału

Data i godz. dost. materiału
do Zakładu Patologii,
ident. osoby przyjmującej

Lekarz kierujący
(pieczętka lub/i czytelny podpis)

