

Oznaczenie jednostki zlecającej:	 <b>Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie</b> 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B	miejsce na nalepkę COI

### SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGICZNE

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
--	--

### DANE PACJENTA (wypełnia lekarz kierujący)

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 COI)	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>6</sup>	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego <sup>2,6</sup>
--	--

Rozpoznanie wstępne kliniczne: .....

wg ICD10 (5 znaków)

Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie cyto- lub histopatologiczne?  Tak (wskazać jakie?)  Nie

Wcześniejsze rozpoznanie: .....

Czy pacjent był poddany wcześniejszej chemio- lub radioterapii?  Tak  Nie

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie:

Uwagi dotyczące wykonania badania:

### POBRANY MATERIAŁ<sup>4</sup> (wypełnia lekarz kierujący)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany
1.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		4.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
2.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		5.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
3.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		6.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	

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>5</sup> :
---	----------	---

**POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy** (wypełnia lekarz kierujący w przypadku powyżej 6 naczyń z materiałem)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany	Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału <sup>3</sup> i lokalizacja zmiany
7.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		16.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
8.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		17.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
9.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		18.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
10.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		19.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
11.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		20.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
12.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		21.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
13.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		22.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
14.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		23.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
15.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....		24.	<input type="checkbox"/> Nieutrwalony <input type="checkbox"/> 96% alk. etyl. <input type="checkbox"/> Inny: .....	
Uwagi:			Oznaczenie lekarza kierującego <sup>5</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> Rodzaj materiału – Narząd cały, Narząd wycinek, Narząd punktlat, Guz cały, Guz wycinek, Tkanka, Wyskrobiny, Płyn, Plwocina, Rozmaz.

<sup>4</sup> W przypadku liczby naczyń z materiałem większej niż 6, wypełnia się tabelę na drugiej stronie.

<sup>5</sup> Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

<sup>6</sup> Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.