


| | | |
|--|--|--|
| Oznaczenie jednostki zlecającej: |  Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej 02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5 tel. 22 546 23 69, 22 546 33 61 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15 Tel.22 570 92 02, 22 570 92 85 | miejsce na nalepkę COI |
| SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE | | |
| 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) | RRRR - MM - DD Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) |
| Dokument stwierdzający tożsamość ¹ : | | |
| Adres miejsca zamieszkania ² : | | |
| Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego ⁴ | Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego ^{2,4} | |
| 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: | | |
| Cel badania: <input type="checkbox"/> Konsultacja patomorfologiczna <input type="checkbox"/> Kwalifikacja do badań dodatkowych (molekularne, IHC) | | |
| MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI (wypełnia lekarz kierujący) | | |
| Preparaty / bloczki parafinowe – oryginalne numery: | | |
| Adres do wysyłki ² : | | |
| Data i godzina zlecenia konsultacji: RRRR - MM - DD HH : MM | UWAGA! NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE! BADANIA ZLECONE BEZ ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA NIE ZOSTANĄ PODJĘTE. | |
| Data i godzina przyjęcia materiału (wypełnia laboratorium): RRRR - MM - DD HH : MM | Przyjął: | Oznaczenie lekarza kierującego ³ : |

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.

¹ Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.

² Adres – kraj, kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr posesji, nr lokalu. ³Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

⁴ Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.