

Oznaczenie jednostki zlecającej:	 Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy	Zakład Patomorfologii Nowotworów 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 NIO-PIB
SKIEROWANIE NA BADANIE KONSULTACYJNE			
Tryb wykonania: : ☐ RUTYNOWY ☐ PILNY (cito) ☐ BARDZO PILNY ☐ BREAST CANCER UNIT (pilny) ☐ DiLO (pilny) ☐ Badanie kliniczne, nr protokołu:			Oczekiwana data wyniku (dla DiLO): R R R R - M M - D D
DANE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)			
Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ Nieokreślona ☐ Nieznana	
Numer PESEL		Numer PID (w przypadku pacjenta NIO-PIB)	
		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:			
R R R R - M M - D D 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 dodatkowych badań diagnostycznych, działanie czynników zewnętrznych, aktualnie stosowane leczenie:			
Uwagi dotyczące wykonania badania:			
MATERIAŁ DOSTARCZONY DO KONSULTACJI (wypełnia lekarz zlecający)			
Preparaty histopatologiczne/cytologiczne/bloczki parafinowe – oryginalne numery oraz ilość:			
☐ preparaty histopatologiczne nr.....		☐ ilość	
☐ preparaty cytologiczne nr.....		☐ ilość	
☐ bloczki parafinowe nr		☐ ilość	
☐ oryginalne rozpoznanie patomorfologiczne			
Typ zabiegu:		Metoda utrwalenia:	
Adres do wysyłki ² :			
Data i godzina pobrania materiału: R R R R - M M - D D H H : M M		UWAGA! NALEŻY DOŁĄCZYĆ ORYGINALNE ROZPOZNANIE PATOMORFOLOGICZNE! BADANIA ZŁECONE BEZ ORYGINALNEGO ROZPOZNANIA NIE ZOSTANĄ PODJĘTE.	
Data i godzina utrwalenia materiału: R R R R - M M - D D H H : M M			
Data wystawienia skierowania: R R R R - M M - D D H H : M M			
Data i godzina otrzymania materiału (wypełnia laboratorium): R R R R - M M - D D H H : M M		Przyjął:	Oznaczenie lekarza zlecającego ³ :

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.

³ Oznaczenie - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

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