

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 MIKROSKOPOWO-ELEKTRONOWE					
Tryb wykonania: ☐ RUTYNOWY ☐ PILNY (cito) ☐ BARDZO 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)		R R R R - M M - D D			
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?		☐ 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:					
INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU (wypełnia lekarz zlecający)					
Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału	Lokalizacja anatomiczna zmiany	Typ zabiegu	Doszczętność zabiegu
1.	☐ Nieutrwalony ☐ Glutaraldehyd ☐ Inny:				☐ Cała zmiana ☐ Fragment zmiany
2.	☐ Nieutrwalony ☐ Glutaraldehyd ☐ Inny:				
CECHY KLINICZNE GUZA (wypełnia lekarz zlecający – dot. guza przysadki mózgowej)					
☐ Czynny hormonalnie ☐ Nieczynny hormonalnie ☐ Akromegalia ☐ PRL ☐ Choroba Cushinga ☐ TSH ☐ Inne: ☐ Makrogruczolak ☐ Mikrogruczolak ☐ Skala Knospa: ☐ Inwazyjny ☐ Nieinwazyjny ☐ Pierwszorazowe ☐ Wznowa ☐ II etap					
Data i godzina pobrania materiału: R R R R - M M - D D H H : M M		Data wystawienia skierowania: R R R R - M M - D D		Liczba pojemników: ..	
Data i godzina utrwalenia materiału: R R R R - M M - D D H H : M M					
Data i godzina otrzymania materiału do badania (wypełnia laboratorium): R R R R - M M - D D H H : M M		Przyjął:		Oznaczenie lekarza zlecającego ³ :	

POBRANY MATERIAŁ – ciąg dalszy (wypełnia lekarz zlecający w przypadku powyżej 2 naczyń z materiałem)					
Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału	Lokalizacja anatomiczna zmiany	Typ zabiegu	Doszczętność zabiegu
3.	☐ Nieutrwalony ☐ Glutaraldehyd ☐ Inny:				☐ Cała zmiana ☐ Fragment zmiany
4.	☐ Nieutrwalony ☐ Glutaraldehyd ☐ Inny:				☐ Cała zmiana ☐ Fragment zmiany
5.	☐ Nieutrwalony ☐ Glutaraldehyd ☐ Inny:				☐ Cała zmiana ☐ Fragment zmiany
Uwagi:				Oznaczenie lekarza zlecającego ³ :	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami.

☒ zaznacz właściwe

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.