

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
Miejsce przesłania wyniku (Nr gabinetu):			

SKIEROWANIE NA BADANIE CYTOLOGII GINEKOLOGICZNEJ

Tryb wykonania: ☐ DiLO ☐ PILNY ☐ BARDZO PILNY ☐ RUTYNOWY ☐ 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		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 tożsamość¹:

Adres miejsca zamieszkania²:

Imię (imiona) i nazwisko przedstawiciela ustawowego ⁴	Adres miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego ^{2,4}
---	---

Rozpoznanie wstępne kliniczne:

.....

 wg ICD10 (5 znaków)

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

Wcześniejsze rozpoznanie:

Czy pacjentka była poddana wcześniejszej chemio- lub radioterapii? ☐ Tak ☐ Nie

Istotne dane kliniczne, wyniki badań dodatkowych, stosowane leczenie (☐ IUD, ☐ hormonoterapia):	HPV HR (high risk): ☐ Tak ☐ Nie
---	--

VIRGO: T / N	CIĄŻA: T / N	Liczba porodów:	Data ostatniej miesiączki:	Data: Ocena:	Ostatnie badanie cytologiczne
--------------	--------------	-----------------	----------------------------	-----------------	-------------------------------

OPIS MAKROSKOPOWY SZYJKI (wypełnia lekarz zlecający)

b/z	zaczernienie	erytroplakia	leukoplakia	torbiele Nabotha	nadżerka
polip	pęk. uj.	krwawienie	owrzodzenie	naciek	stan po amputacji

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU (wypełnia lekarz zlecający)

Nr	Metoda utrwalenia	Rodzaj materiału	Lokalizacja anatomiczna zmiany	Typ zabiegu	Dane dodatkowe
1.	☐ Nieutrwalony ☐ alk. etyl. 96% ☐ Inny:				☐ rozmazy na szkiełkach szt.
2.	☐ Nieutrwalony ☐ alk. etyl. 96% ☐ Inny:				☐ rozmazy na szkiełkach szt.

Oznaczenie lekarza zlecającego ³ :	Data i godzina pobrania materiału: R R R R - M M - D D H H : M M	Oznaczenie osoby pobierającej (jeśli nie jest lekarzem zlecającym)
Data wystawienia skierowania: R R R R - M M - D D	Data i godzina utrwalenia materiału: R R R R - M M - D D H H : M M	

(WYPEŁNIA LABORATORIUM):

Liczba pojemników: 	Data i godzina otrzymania materiału: R R R R - M M - D D H H : M M	Przyjął (Pracownik ZdPN):
--	--	------------------------------------

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, specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis.

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