


Oznaczenie jednostki zlecającej:	 Narodowy Instytut Onkologii <small>im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy</small>	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	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> miejsce na nalepkę NIO-PIB </div>
SKIEROWANIE NA SEKCJĘ ZWŁOK			
Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY (cito) <input type="checkbox"/> BARDZO PILNY			
DANE PACJENTA (wypełnia lekarz zlecający)			
..... Imię (imiona) i nazwisko pacjenta		Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Nieokreślona <input type="checkbox"/> Nieznana	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1234567890 </div> </div> Numer PESEL		<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1234567890 </div> </div> Numer PID (w przypadku pacjenta NIO-PIB)	
		<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> RRRR-MM-DD </div> </div> Data urodzenia (jeżeli brak PESEL)	
Dokument stwierdzający tożsamość (wypełniać tylko w przypadku braku PESEL) – typ dokumentu (np. prawo jazdy, paszport), kraj wydający, seria i numer.			
Adres miejsca zamieszkania:			
Data i godzina przyjęcia do szpitala <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> RRRR-MM-DD </div> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HH:MM </div> </div> </div>		Data i godzina zgonu <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> RRRR-MM-DD </div> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> HH:MM </div> </div> </div>	
Rozpoznanie kliniczne:		<div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> </div> </div> wg ICD10 (5 znaków)	
Status wirusologiczny: <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> COVID <input type="checkbox"/> INNE (jakie?) <input type="checkbox"/> Choroby zakaźne (jakie?)			
Czy pacjent ma wcześniejsze rozpoznanie patomorfologiczne?		<input type="checkbox"/> Tak (wskazać jakie?) <input type="checkbox"/> Nie	
Leczenie podczas ostatniego pobytu: <input type="checkbox"/> chirurgiczne <input type="checkbox"/> CHTH <input type="checkbox"/> RTH <input type="checkbox"/> inne (jakie?)			
Uwagi lekarza kierującego dotyczące celu badania sekcyjnego			
Data wystawienia skierowania: <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> RRRR-MM-DD </div> </div>		Tel. kontaktowy:	
		Oznaczenie lekarza zlecającego	

Formularz zlecenia wypełniać czytelnie drukowanymi literami. ☒ zaznaczyć właściwe