**SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO**

Nazwisko i imię Pacjenta/ki ............................................................................................................

PESEL ................................................ Wiek................. Płeć M K

Adres pacjenta...............................................................................................

Tryb badania: PILNE PLANOWE INTRA

Materiał (rodzaj) ............................................................................................................

Miejsce pobrania materiału ..........................................................................................................

Pobrany przez...........................................................................................................

Utrwalono w: FORMALINIE INNE....................................................................................................

Rozpoznanie kliniczne ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dodatkowe dane kliniczne (w tym m.in.: inne schorzenia i przyjmowane leki, data ostatniej miesiączki, opis pełny badania endoskopowego, wyniki poprzednich badań, wyniki morfologii, OB, wyniki badań obrazowych) ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Rodzaj zabiegu ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

data pobrania materiału........................................................pieczątka i podpis lekarz