


Ośrodek kierujący:	Zlecenie Badania Histopatologicznego do Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków	 SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE
--------------------	---	---

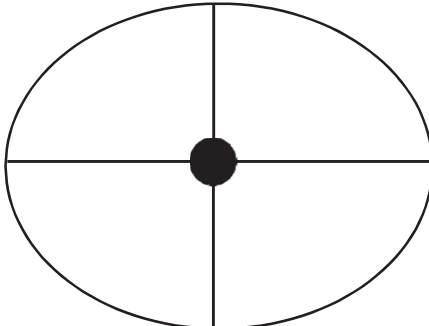
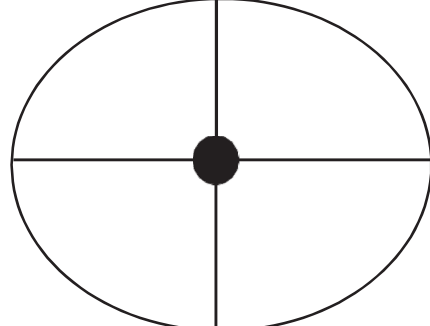
Nazwisko .....	Imię Pacjenta .....
Wiek/PESEL .....	
Adres .....	

**Rozpoznanie kliniczne:**

**Rodzaj zabiegu procedura:**

<input type="checkbox"/>	Zabiegi oszczędzające (szerokie wycięcie zmiany, lumpektomia, kwadrantektomia, częściowa mastektomia)
<input type="checkbox"/>	Mastektomia (radykałna, zmodyfikowana radykałna, prosta, z zaoszczędzeniem skóry, podskórna, NSM)
<input type="checkbox"/>	Wycięcie węzła chłonnego wartowniczego
<input type="checkbox"/>	Wycięcie układu chłonnego dołu pachowego (częściowe lub całkowite)

**Lokalizacja guza:**

	PP	LP
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

**Pozycja na godzinie:** .....

**Inne:** .....

**Zaawansowanie kliniczne :**      cT     N     M

**Rodzaj pobranego materiału:**

.....

Oznaczenie Marginesów:  
Godz.12 - nitka pojedyncza krótka  
Godz. 6 - nitka pojedyncza długa  
Godz. 3 - nitka podwójna krótka  
Godz. 9 - nitka podwójna długa  
Powięź - nitka potrójna.

<b>Opis badań obrazowych</b>	<input type="checkbox"/> Obecnie Cięża	<b>Choroby układowe</b>
<input type="checkbox"/> Guz lub nieprawidłowość budowy	<input type="checkbox"/> Laktacja	<input type="checkbox"/> Kolagenozy
<input type="checkbox"/> Zwapnienia	<input type="checkbox"/> Biopsje wynik .....	<input type="checkbox"/> Sarkoidoza
<input type="checkbox"/> Inne: .....	<input type="checkbox"/> Operacje (podać wynik jeśli poza BU) wynik .....	<input type="checkbox"/> Wegener
	<input type="checkbox"/> Leczenie neoadjuwantowe	

<b>Oznaczenie receptorów</b>	<b>Tryb badania</b>
<input type="checkbox"/> nie wykonywać	<input type="checkbox"/> rutynowy
<input type="checkbox"/> wykonać	<input type="checkbox"/> cito

<b>Data i godz. pobrania materiału (zabiegu)</b> .....	<b>Lekarz kierujący</b>
<b>Data i godz. utrwalenia materiału</b> .....	
<b>Rodzaj utrwalacza</b> .....	
<b>Data wystawienia skierowania</b> .....	

**Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:**

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT.

2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.