Samodzielny Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
Pracownia Patomorfologii
kod res. VII/VIII 019/7300
REGON:770901505
ul. Węgrzynowicza 13
84-300 Lębork
Tel. (0-59) 8635204

.....
(Pieczątka i dane jednostki zlecającej)

Skierowanie na badanie cytologii ginekologicznej wg Bethesda

Tryb badania: ☐ **Normalny** ☐ **Pilny** ☐ **Bardzo Pilny**

Numer cytologii: .....
(Nr nadaje jednostka zlecająca)

Data badania: ..... Godz. pobrania: .....

Metoda i godz. utrwalenia: ☐ cytofix..... ☐ alkohol 70%.....

Data i godz. otrzymania materiału:.....

Imię i Nazwisko: .....

PESEL:..... **Wiek** .....
(lub nr i rodzaj dokumentu tożsamości)

Adres: .....

Dane kliniczne: ☐ profilaktyka, ☐ ciąża - .....Hbd, ☐ HTZ,
☐ IUD, ☐ polip, ☐ ektopia,
☐ Inne: .....

Miejsce pobrania materiału: ☐ z kanału i tarczy cz. pochwowej
☐ ze sklepienia pochwy OM: .....

Wcześniejszy nieprawidłowy wynik cytologiczny: ☐ nie,
☐ tak: .....
(Wynik i data)

.....
(Pieczątka i podpis lekarza zlecającego)

z. 756/2022 "DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40 www.pphudruk.com.pl