

HLÁSENIE O PACIENTOVI SO ZHUBNÝM NÁDOROM HISTOPATOLOGICKÁ / CYTOLOGICKÁ VERIFIKÁCIA CHOROBY PATOLÓGOM

ROK 2018

Hlásenie podávajú (exportujú) patologické pracoviská

* = povinný údaj

0 Identifikácia hlásenia a patologického pracoviska

Rok spracovania:	2 0 1 8*	Mesiac spracovania:	*
IČO (8 znakov):		Kód PZS (12 znakov):	
Názov zariadenia:			
Dátum expedovania údajov:			

1 Identifikácia indikujúceho pracoviska - žiadateľa vyšetrenia

IČO (8 znakov):		Kód PZS (12 znakov):	
Oddelenie / ambulancia (názov):			
uved'te v prípade, ak nie sú známe údaje IČO alebo Kód PZS indikujúceho pracoviska			
Ziadateľ vyšetrenia (meno a priezvisko lekára):			

2 Identifikačné údaje pacienta

Meno:	*	Rodné číslo:	*
Priezvisko:	*	Trvalé bydlisko (obec):	

3 Vybrané údaje o vzorke, výsledok vyšetrenia histopatológom

Diagnóza/diagnózy pacienta podľa žiadajúceho lekára:	1.	2.	3.
(výber z MKCH-10)			
Dátum odberu/príjmu vzorky:			*
Výsledok - nález (popis):			

Záver patológa

Diagnóza/diagnózy podľa MKCH-10:	1. *	2.	3.
TNM – klasifikácia:	SNOMED-T / Topografická diagnóza:		
T_____ pT_____			
N_____ pN_____			
M_____ pM_____	SNOMED-M / Morfológická/histologická diagnóza (podľa ICD-O3):		
Stupeň diferenciacie (grading):			

4 Poznámky histopatológa:

Odoslané:

Pečiatka, podpis: