

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

ROK 2019

Hlásenie podávajú (exportujú) patologické pracoviská

* = povinný údaj

0 Identifikácia hlásenia a patologického pracoviska

Rok spracovania:	2019*	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):			
uveďte 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.

TNM – klasifikácia: SNOMED-T / Topografická diagnóza:

T pT

N pN

M pM

SNOMED-M / Morfologická/histologická diagnóza (podľa ICD-O3):

Stupeň diferenciácie (grading):

4 Poznámky histopatológa:

Odoslané:

Pečiatka, podpis: