

FIȘĂ DE ÎNSOȚIRE A MATERIALULUI BIOPSIK

Către: LABORATORUL DE ANATOMIE PATOLOGICĂ

Informații despre pacient:

Nume și Prenume:

CNP: Diagnostic clinic:

Istoric medicamentos: Data ultimei menstruații:

Tratament hormonal: ☐ DA Perioada: ☐ NU

Tratament:

Radioterapie: ☐ DA Perioada: ☐ NUChimioterapie: ☐ DA Perioada: ☐ NUPiesa trimisă: ☐ Mică ☐ Medie ☐ ComplexăIntervenție
chirurgicală: ☐ La cerere ☐ Scop diagnostic ☐ De urgență

Date anatomo-clinice în legătură cu examenul cerut:

Aspecte macroscopice:

Aspecte imagistice:

Evoluția leziunii:

Antecedente personale patologice relevante:

Alte date clinice (copiile diverselor analize medicale: - imagistică, fișă de externare, etc.)

Data și ora recoltării:

Semnătură și parafă medic:

Am fost informat(ă) și sunt de acord cu preluarea și prelucrarea de către Clinica Sante a datelor cu caracter personal, în scopul satisfacerii prezentei cereri de analize, în conformitate cu reglementările în vigoare cu privire la protecția datelor cu caracter personal.

De asemenea, am fost informat(ă) că, dacă în urma evaluării medicale se consideră necesară efectuarea unor colorații speciale pentru stabilirea diagnosticului, pacientul sau unitatea medicală trimițătoare va fi anunțat(ă), iar costurile acestor investigații suplimentare vor trebui achitate separat.

Semnătură pacient:

Domnule Director,

Subsemnatul/Subsemnata: domiciliat/
domiciliată în localitatea, Str.
nr., bl....., sc., et., ap., județul, Telefon
....., posesor al actului de identitate seria, nr.
eliberat la data de:, de către:, declar că
sunt / nu sunt de acord cu următoarele:

**Distrugerea țesuturilor care rămân după orientarea macroscopică a pieselor chirurgicale/
biopsiilor (după definitivarea diagnosticului histopatologic)**

1. DA (Semnătura)

2. NU și în acest caz mă oblig să distrug țesuturile rămase prin incinerare la crematoriul
uman pentru a nu aduce prejudicii sănătății publice; în plus, mă oblig să aduc o
adeverință scrisă de la crematoriul uman în acest sens.

Semnătură:

Data:

Am fost informat(ă) și sunt de acord cu preluarea și prelucrarea de către Clinica Sante a
datelor cu caracter personal, în scopul satisfacerii prezentei cereri de analize, în conformitate
cu reglementările în vigoare cu privire la protecția datelor cu caracter personal.

Semnătură pacient: