



Nazwisko i imię pacjenta:

Nr badania

**OPIS MAKROSKOPOWY**

Nr badania ...../...../20.....  
(rok)

**ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE**

**POBRAŁ**

.....  
technik  
(data i podpis)

.....  
lekarz  
(data i podpis)

**OCENIŁ**

.....  
lekarz patomorfolog  
(data oraz pieczętka i podpis)

**KONSULTOWAŁ**

.....  
lekarz patomorfolog  
(data oraz pieczętka i podpis)

LICZBA BLOCzków: ..... H+E: ..... BARWIENIA DODATKOWE: ..... IHC: .....