



## ZLECENIE BADAŃ PARAZYTOLOGICZNYCH \*

<b>BADANIA:</b> (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)																																																															
<b>DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:</b> (pieczęć)  Nr ośrodka kosztów: .....  <b>Telefon:</b> ..... <b>Data zlecenia:</b> ..... <b>DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:</b>  Pieczęć i podpis lekarza: .....		<b>DANE PACJENTA:</b> Nazwisko: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Imię: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> PESEL / ID pacjenta: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Data urodzenia: ..... Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Adres: ..... Seria i nr dok. tożsamości: .....																																																													
<b>MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:</b>  Data: ..... godzina: ..... UWAGI: .....	<input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Wymaz okołoodbytniczy <input type="checkbox"/> Formy dorosłe pasożytów <input type="checkbox"/> Krew włośniczkowa pełna <input type="checkbox"/> Krew żylna na EDTA <input type="checkbox"/> Krew żylna na cytrynian <input type="checkbox"/> Krew żylna na skrzep	<input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Odcisk skórny <input type="checkbox"/> Rzęsy <input type="checkbox"/> Treść z gruczołów łojowych <input type="checkbox"/> Zeskrobiny skórne <input type="checkbox"/> Żółć	<input type="checkbox"/> Inne ..... ..... ..... ..... .....																																																												
<b>STOSOWANE ANTYBIOTYKI I LEKI PRZECIWPASOŻYTNICZE:</b>																																																															
<input type="checkbox"/> Albendazol (Zentel) <input type="checkbox"/> Amfoterycyna B <input type="checkbox"/> Artesunat <input type="checkbox"/> Atowakwon/Proguanil (Malarone) <input type="checkbox"/> Chinina	<input type="checkbox"/> Chlorochina (Arechin) <input type="checkbox"/> Crotamiton <input type="checkbox"/> Doksycyklina <input type="checkbox"/> Iwermektyna <input type="checkbox"/> Klindamycyna <input type="checkbox"/> Lumefantryna	<input type="checkbox"/> Mebendazol (Vermox) <input type="checkbox"/> Meflochina (Lariam) <input type="checkbox"/> Metronidazol <input type="checkbox"/> Nitazoksanid <input type="checkbox"/> Paromomycyna <input type="checkbox"/> Pirymetamina	<input type="checkbox"/> Prazykwantel <input type="checkbox"/> Prymachina <input type="checkbox"/> Pyrantelum <input type="checkbox"/> Stibofen (zw. Antymonu) <input type="checkbox"/> Tynidazol <input type="checkbox"/> Inny .....																																																												
<b>KIERUNEK BADANIA PARAZYTOLOGICZNEGO:</b>																																																															
<input type="checkbox"/> <b>Panel: pasożyty jelitowe człowieka</b> (Pierwotniaki, helminty) <input type="checkbox"/> <b>Wymaz okołoodbytniczy w kierunku owsika ludzkiego</b> <input type="checkbox"/> Ocena mikroskopowa prep. bezpośredniego z kału wykonywanego metodą Kato - Miura (x10)- Pasożyty - eozynofilia <input type="checkbox"/> <b>Panel: oocysty pierwotniaków z rodzaju:</b> <i>Cryptosporidium spp.</i> , <i>Cylospora spp.</i> , <i>Cystoisospora spp.</i> <input type="checkbox"/> <b>Panel: rozmazy krwi w kierunku:</b> <i>Plasmodium</i> , <i>Trypanosoma</i> , <i>Babesia</i> <input type="checkbox"/> anty – Zika IgM, <input type="checkbox"/> anty – Zika IgG <input type="checkbox"/> anty – Dengue IgM, <input type="checkbox"/> anty – Dengue IgG	<input type="checkbox"/> anty-Chikungunya IgM <input type="checkbox"/> anty-Chikungunya IgG <input type="checkbox"/> wirus Zachodniego Nilu IgM <input type="checkbox"/> wirus Zachodniego Nilu IgG <input type="checkbox"/> Ag <i>Cryptosporidium</i> sp. / Ag <i>Giardia</i> w kale (met.immunochromatograficzna) <input type="checkbox"/> Ag <i>Giardia intestinalis</i> w kale (ELISA) <input type="checkbox"/> Szybki test immunochromatograficzny w kierunku <i>Plasmodium</i> sp. - CITO <input type="checkbox"/> anty – <i>Ascaris lumbricoides</i> IgG <input type="checkbox"/> anty – <i>Echinococcus</i> sp. IgG <input type="checkbox"/> anty – <i>Echinococcus</i> sp. - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty – <i>Entamoeba histolytica</i> IgG <input type="checkbox"/> anty – <i>Toxocara canis</i> IgG	<input type="checkbox"/> anty – <i>Schistosoma mansoni</i> IgG <input type="checkbox"/> <i>Demodex</i> sp. <input type="checkbox"/> Hodowla w kierunku larw nicieni <input type="checkbox"/> <b>Panel: identyfikacja form dorosłych pasożytów</b> (nicienie, płazińce, stawonogi) <input type="checkbox"/> Jaja <i>Schistosoma haematobium</i> w moczu <input type="checkbox"/> Mikrofilarie – koncentracja Knott'a <input type="checkbox"/> <i>Leishmania</i> sp. <input type="checkbox"/> Pasożyty w materiale biopsyjnym <input type="checkbox"/> Inne.....																																																													
<b>ISTOTNE DANE KLINICZNE (leczenie, rozpoznanie):</b>																																																															
TRYB BADANIA (zaznacz właściwe) <span style="margin-left: 150px;">CITO</span> <span style="margin-left: 150px;">RUTYNA</span>																																																															
<b>DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:</b>																																																															
Imię i nazwisko (czytelnie)..... (podpis i pieczęć)																																																															
<b>PRZYJĘCIE MATERIAŁU</b> (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)																																																															
Data: ..... godzina: ..... Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis) .....																																																															

\* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie