



ZLECENIE BADAŃ IMMUNODIAGNOSTYCZNYCH *

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć) Nr ośrodka kosztów: Telefon: Data zlecenia: DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE: Pieczęć i podpis lekarza:		DANE PACJENTA: 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:																																																													
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA: Data: godzina:		RODZAJ MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> Krew na EDTA <input type="checkbox"/> Krew na skrzep <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy																																																													
<input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> anty-HBs (miano) <input type="checkbox"/> HBe Ag <input type="checkbox"/> anty-HBe <input type="checkbox"/> anty-HBc total <input type="checkbox"/> anty-HBc IgM <input type="checkbox"/> anty-HCV <input type="checkbox"/> anty-HCV – test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HIV/p24 <input type="checkbox"/> anty-HIV – test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HAV total <input type="checkbox"/> anty-HAV IgM <input type="checkbox"/> anty-HEV IgG – test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HEV IgM – test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-CMV IgG <input type="checkbox"/> anty-CMV IgM <input type="checkbox"/> Awidność anty-CMV IgG <input type="checkbox"/> anty-Rubella IgG <input type="checkbox"/> anty-Rubella IgM <input type="checkbox"/> Awidność anty-Rubella IgG <input type="checkbox"/> anty-Toxoplasma gondii IgG <input type="checkbox"/> anty-Toxoplasma gondii IgM <input type="checkbox"/> anty-Toxoplasma gondii IgA <input type="checkbox"/> Awidność anty-Toxoplasma gondii IgG <input type="checkbox"/> anty-HSV 1 IgG <input type="checkbox"/> anty-HSV 2 IgG <input type="checkbox"/> Anty-HTLV I/II total <input type="checkbox"/> EBV anty-VCA IgM <input type="checkbox"/> EBV anty-VCA IgG <input type="checkbox"/> Panel przeciwciał (IgM/IgG) do diagnostyki zakażeń EBV		<input type="checkbox"/> Odczyn reaginowy RPR <input type="checkbox"/> Odczyn kłaczkujący VDRL <input type="checkbox"/> Odczyn kiłowy TPHA <input type="checkbox"/> anty-Treponema pallidum IgM <input type="checkbox"/> anty-Treponema pallidum IgG <input type="checkbox"/> anty-Treponema pallidum - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-Adenovirus IgG <input type="checkbox"/> anty-VZV IgG <input type="checkbox"/> anty-VZV IgM <input type="checkbox"/> anty-Parvovirus B19 IgG <input type="checkbox"/> anty-Parvovirus B19 IgM <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgG <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgM <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgG – test potwierdzający WB <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgM - test potwierdzający WB <input type="checkbox"/> Diagnostyka wczesnej Boreliozy (IGRA test) <input type="checkbox"/> AIIGG-wewnątrzoponowa synteza przeciwciał p/Borrelia <input type="checkbox"/> anty-TBE IgG (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) <input type="checkbox"/> anty-TBE IgM (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) <input type="checkbox"/> Krztusiec - przeciwciała IgG przeciwko toksynom Bordetella pertussi <input type="checkbox"/> Krztusiec - przeciwciała IgA przeciwko toksynom Bordetella pertussi																																																													
		<input type="checkbox"/> anty-Chlam. pneumoniae IgA <input type="checkbox"/> anty-Chlam. pneumoniae IgM <input type="checkbox"/> anty-Chlam. pneumoniae IgG <input type="checkbox"/> anty-Mycopl. pneumoniae IgM <input type="checkbox"/> anty-Mycopl. pneumoniae IgG <input type="checkbox"/> Odra anty- Measles virus IgG <input type="checkbox"/> Odra anty- Measles virus IgM <input type="checkbox"/> Tężec - przeciwciała IgG przeciwko toksynom Clostridium tetani <input type="checkbox"/> Ag Strept. pneumoniae w moczu – (cito) <input type="checkbox"/> Ag Strept. pneumoniae w PMR – (cito) <input type="checkbox"/> Ag Legionella. pneumophila 1 w moczu – (cito) <input type="checkbox"/> Ag Rotawirus/Adenowirus w kale – (cito) <input type="checkbox"/> Ag Helicobacter pylori w kale <input type="checkbox"/> Ag/Toksyny A i B Clostridioides difficile - w kale (cito) <input type="checkbox"/> Toksyny A i B Clostridioides difficile (ELISA) <input type="checkbox"/> Panel Nephrocheck (białko TIMP-2/IGFBP-7) w moczu <input type="checkbox"/> MR-proadrenomedulina																																																													
		ISTOTNE DANE KLINICZNE (rozpoznanie, leczenie, ekspozycja zawodowa): TRYB BADANIA (wybierz właściwe): CITO RUTYNA																																																													
DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:																																																															
Imię i nazwisko (czytelnie) (podpis i pieczęć)																																																															
PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)																																																															
Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis)																																																															

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie