



Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Zakład Mikrobiologii
Pracownia Immunodiagnostyki
30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2
tel.: 12 400 36-62, 36-63

MIEJSCE NA
KOD KRESKOWY

Załącznik ZAŁ03-P-ZM-01

kod: 000000018583-88-797

<http://www.su.krakow.pl/jednostki/zaklady/zaklad-mikrobiologii>

ZLECENIE BADAŃ IMMUNODIAGNOSTYCZNYCH *

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć)		DANE PACJENTA:																																									
Nr ośrodka kosztów:		Nazwisko:	<table border="1"><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><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>																																								
Telefon: Data zlecenia:		Imię:	<table border="1"><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>																																								
DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:		PESEL / ID pacjenta:	<table border="1"><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>																																								
Pieczęć i podpis lekarza:		Data urodzenia:	Płeć: <table border="1"><tr><td>K</td><td>M</td></tr></table>	K	M																																						
K	M																																										
Adres:		Seria i nr dok. tożsamości:																																									
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:		RODZAJ MATERIAŁU:																																									
Data: godzina:		☐ Krew na EDTA ☐ Krew na skrzep ☐ Inny ☐ Kał ☐ Mocz ☐ Płyn mózgowo-rdzeniowy																																									
☐ HBs Ag ☐ anty-HBs (miano) ☐ HBe Ag ☐ anty-HBe ☐ anty-HBc total ☐ anty-HBc IgM ☐ anty-HCV ☐ anty-HCV – test potwierdzający ☐ anty-HIV/p24 ☐ anty-HIV – test potwierdzający ☐ anty-HAV total ☐ anty-HAV IgM ☐ anty-HEV IgG – test potwierdzający ☐ anty-HEV IgM – test potwierdzający ☐ anty-CMV IgG ☐ anty-CMV IgM ☐ Awidność anty-CMV IgG ☐ anty-Rubella IgG ☐ anty-Rubella IgM ☐ Awidność anty-Rubella IgG ☐ anty-Toxoplasma gondii IgG ☐ anty-Toxoplasma gondii IgM ☐ anty-Toxoplasma gondii IgA ☐ Awidność anty-Toxoplasma gondii IgG ☐ anty-HSV 1 IgG ☐ anty-HSV 2 IgG ☐ Anty-HTLV I/II total ☐ EBV anty-VCA IgM ☐ EBV anty-VCA IgG ☐ Panel przeciwciał (IgM/IgG) do diagnostyki zakażeń EBV		☐ Odczyn reaginowy RPR ☐ Odczyn kłaczkujący VDRL ☐ Odczyn kiłowy TPHA ☐ anty-Treponema pallidum IgM ☐ anty-Treponema pallidum IgG ☐ anty-Treponema pallidum - test potwierdzający ☐ anty-Adenovirus IgG ☐ anty-VZV IgG ☐ anty-VZV IgM ☐ anty-Parvovirus B19 IgG ☐ anty-Parvovirus B19 IgM ☐ anty-Borrelia spp. IgG ☐ anty-Borrelia spp. IgM ☐ anty-Borrelia spp. IgG – test potwierdzający WB ☐ anty-Borrelia spp. IgM - test potwierdzający WB ☐ Diagnostyka <u>wczesnej Boreliozy (IGRA test)</u> ☐ AIIGG-wewnątrzoponowa synteza przeciwciał p/Borrelia ☐ anty-TBE IgG (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) ☐ anty-TBE IgM (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) ☐ Krztusiec - przeciwciała IgG przeciwko toksynom Bordetella pertussi ☐ Krztusiec - przeciwciała IgA przeciwko toksynom Bordetella pertussi 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