



ZLECENIE BADAŃ IMMUNODIAGNOSTYCZNYCH *

<p>DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: <i>(pieczęć)</i></p> <p>Nr ośrodka kosztów:</p> <p>Telefon: Data zlecenia:</p> <p>DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE:</p> <p>Pieczęć i podpis lekarza:</p>	<p>DANE PACJENTA:</p> <p>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></p> <p>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></p> <p>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></p> <p>Data urodzenia: Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M</p> <p>Adres:</p> <p>Seria i nr dok. tożsamości:</p>																																																												
<p>MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:</p> <p>Data: godzina:</p> <p>UWAGI:</p>	<p>RODZAJ MATERIAŁU:</p> <p><input type="checkbox"/> Krew na EDTA <input type="checkbox"/> Krew na skrzep <input type="checkbox"/> Krew na cytrynian <input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy</p> <p><input type="checkbox"/> Wymaz z nosa <input type="checkbox"/> Wymaz z gardła <input type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła <input type="checkbox"/> Wydzielina z drzewa oskrzelowego <input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Inny</p>																																																												
<p><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-HIV/p24 <input type="checkbox"/> anty-HAV total <input type="checkbox"/> anty-HAV IgM <input type="checkbox"/> anty-HEV IgG <input type="checkbox"/> anty-HEV IgM</p> <p><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"/> anty-Toxoplasma gondii IgG <input type="checkbox"/> anty-Toxoplasma gondii IgM <input type="checkbox"/> Awidność anty-Toxoplasma gondii IgG <input type="checkbox"/> anty-Herpes Simplex Virus 1 IgG <input type="checkbox"/> anty-Herpes Simplex Virus 2 IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anty-HTLV I/II total</p> <p><input type="checkbox"/> anty-TBE (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>	<p><input type="checkbox"/> EBV anty-VCA IgM <input type="checkbox"/> EBV anty-VCA/EA IgG <input type="checkbox"/> EBV anty-EBNA IgG</p> <p><input type="checkbox"/> HBs Ag - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HCV - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HIV - test potwierdzający</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> anty-Adenovirus IgG <input type="checkbox"/> anty-Varicella Zoster Virus (VZV) IgG <input type="checkbox"/> anty-Parvovirus B19 IgG <input type="checkbox"/> anty-Parvovirus B19 IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>	<p><input type="checkbox"/> Ag <i>Aspergillus</i> spp. - jakościowo <input type="checkbox"/> anty-<i>Aspergillus</i> spp. IgG - ilościowo</p> <p><input type="checkbox"/> Ag <i>Candida</i> spp. - ilościowo <input type="checkbox"/> anty-<i>Candida</i> spp. - ilościowo</p> <p><input type="checkbox"/> Ag <i>Strept. pneumoniae</i> w moczu <input type="checkbox"/> Ag <i>Strept. pneumoniae</i> w płynie m-rdz <input type="checkbox"/> Ag <i>Legionella. pneumophila 1</i> w moczu</p> <p><input type="checkbox"/> anty-<i>Chlam. pneumoniae</i> IgA - jakościowo <input type="checkbox"/> anty-<i>Chlam. pneumoniae</i> IgM - jakościowo <input type="checkbox"/> anty-<i>Chlam. pneumoniae</i> IgG - ilościowo</p> <p><input type="checkbox"/> anty-<i>Mycopl. pneumoniae</i> IgM - jakościowo <input type="checkbox"/> anty-<i>Mycopl. pneumoniae</i> IgG - ilościowo</p> <p><input type="checkbox"/> Ag Rotawirusa w kale <input type="checkbox"/> Ag Adenowirusa w kale <input type="checkbox"/> Ag <i>Helicobacter pylori</i> w kale <input type="checkbox"/> Ag/Toksyny A i B <i>Clostridium difficile</i> w kale (test przesiewowy) <input type="checkbox"/> Toksyny A i B <i>Clostridium difficile</i> (ELISA) <input type="checkbox"/> Inne</p>																																																											
<p>ISTOTNE DANE KLINICZNE:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																																													
<p>DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ: Imię i nazwisko</p> <p>.....</p>																																																													
<p>PRZYJĘCIE MATERIAŁU <i>(wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)</i></p>																																																													
<p>Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: <i>(czytelny podpis)</i></p>																																																													

* Na jednym formularzu może być zleczone więcej niż jedno badanie