



## ZLECENIE BADANIA MATERIAŁU ZE ŚRODOWISKA \*

<b>NR BADANIA:</b> (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)	
<b>DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:</b> (pieczęć)	<b>LOKALIZACJA MIEJSCA POBRANIA PRÓBK</b>
Nr ośrodka kosztów: .....	<b>OPIS MIEJSCA POBRANIA PRÓBK</b>
Telefon: ..... Data zlecenia: .....	
<b>DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE:</b> (pieczęć i podpis)	Nr próbki:
	1. ....
	2. ....
	3. ....
	4. ....
	5. ....
	6. ....
	7. ....
	8. ....
	9. ....
	10. ....
<b>DATA I GODZINA POBRANIA</b>	
Data: ..... godzina: .....	
<b>DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ</b>	
..... (czytelny podpis)	
<b>MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:</b>	
<input type="checkbox"/> Aspirat powietrza	
<input type="radio"/> 20 l	
<input type="radio"/> 50 l	
<input type="radio"/> 1000 l	
<input type="radio"/> inna objętość .....	
<input type="checkbox"/> Wymaz ze środowiska	
<input type="checkbox"/> Odcisk powierzchni (płytko odciskowa)	
<input type="checkbox"/> Preparat krwiopochodny	
<input type="radio"/> Koncentrat krwinek czerwonych	
<input type="radio"/> Koncentrat krwinek płytkowych	
<input type="radio"/> Ubogoleukocytarny koncentrat krwinek płytkowych	
<input type="radio"/> Inny preparat .....	
Inny materiał .....	
<b>KIERUNEK BADANIA:</b>	
<input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE	
<input type="checkbox"/> POSIEW TLENOWY	
<input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLENOWY	
<input type="checkbox"/> MYKOLOGICZNE	
<b>UWAGI:</b>	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
<b>PRZYJĘCIE MATERIAŁU</b> (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)	
Data: ..... godzina: ..... Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis) .....	

\* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie