

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ WYKONYWANYCH Z KRWI

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE PACJENTA:		ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):	
Imię:		Numer kontrahenta:	
Nazwisko:		Imię i nazwisko lekarza kierującego:	
Adres zamieszkania:		Pieczęć jednostki zlecającej:	
Ulica:.....nr.....	 data	
Miejscowość:.....kod:.....			
PESEL:	 podpis osoby upoważnionej	
Data urodzenia: D D M M R R kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>			
tel. kontaktowy:		tel. kontaktowy:	
e-mail:			

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 126 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:

Rodzaj materiału:	Data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:
-------------------	--------------------------	--------------------------------

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

DIAGNOSTYKA WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY:

POJEDYNCZE BADANIA:	PANELE BADAŃ:
303 <input type="checkbox"/> Wirus HBV (WZW typu B) - test jakościowy, R-T PCR	705 <input type="checkbox"/> Wirus HBV + wirus HCV - test jakościowy, R-T PCR
304 <input type="checkbox"/> Wirus HBV (WZW typu B) - test jakościowy+ilościowy, R-T PCR	
306 <input type="checkbox"/> Wirus HCV (WZW typu C) - test jakościowy, R-T PCR	
307 <input type="checkbox"/> Wirus HCV (WZW typu C) - test jakościowy+ilościowy, R-T PCR	

DIAGNOSTYKA INFЕКCJI OGÓLNOUSTROJOWYCH:

POJEDYNCZE BADANIA:	PANELE BADAŃ:
101 <input type="checkbox"/> <i>Borrelia burgdorferi</i> (borelioza) - test jakościowy, R-T PCR Zalecany materiał: biopsja zmian skóry, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn stawowy *	725 <input type="checkbox"/> Panel MENINGITIS INFЕКCJE WIRUSOWE – wykrywanie wirusów: HSV1, HSV2, VZV, CMV, EBV, HHV6 - multiplex PCR
316 <input type="checkbox"/> HSV I/II (wirus opryszczki) - test jakościowy, R-T PCR	726 <input type="checkbox"/> Panel MENINGITIS (zapalenie opon mózgowych) - wykrywanie 12 gatunków patogenów: Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Streptokoki grupy B, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, enterowirusy, HSV1, HSV2, VZV, CMV, EBV, HHV6 – multiplex PCR
332 <input type="checkbox"/> CMV (wirus cytomegalii) - test jakościowy, R-T PCR	
333 <input type="checkbox"/> CMV (wirus cytomegalii) - test ilościowy, R-T PCR	
341 <input type="checkbox"/> EBV (Epstein-Barr wirus) - test jakościowy, R-T PCR	
342 <input type="checkbox"/> EBV (Epstein-Barr wirus) - test ilościowy, R-T PCR	
122 <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia pneumoniae</i> - jakościowo R-T PCR	

* Zalecany materiał :
biopsja skóry (z miejsca ugryzienia lub zmiany skórnej) ;
płyn mózgowo-rdzeniowy (podejrzanie neuroboreliozy);
płyn stawowy (dolegliwości stawowe).
Materiał, z którego wykrycie DNA Borellii jest mniej prawdopodobne to krew, mocz.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

CZAS REALIZACJI ZLECENIA:

- STANDARD (zgodnie z terminarzem podanym w cenniku - od 7 do 10 dni roboczych)
- EKSPRES - do 48 godzin (koszt 400 zł) - opcja możliwa wyłącznie dla testów nr: **725, 726** (badania należy zlecać w godzinach pracy laboratorium od poniedziałku do czwartku do godziny 12:00)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU (nie dotyczy kontrahentów):

Imię i nazwisko: tel. kontaktowy:

Adres:

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (nie dotyczy kontrahentów):

- List polecony priorytetowy (bezpłatnie) Przesyłka kurierska (doliczyć do ceny testu 30 zł)
- Odbiór w gabinecie lekarskim Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA / UWAGI:**Deklaracja świadomej zgody na wykonanie badań molekularnych:**

Niniejszym wyrażam zgodę na użycie pobranego ode mnie/od mojego dziecka* materiału (krwi/wymazu/wycinka tkanki*) w celu izolacji kwasów nukleinowych i wykonania molekularnych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA lub identyfikację DNA mikroorganizmów chorobotwórczych w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby. **Uwaga: wyrażenie zgody jest konieczne do przeprowadzenia badań diagnostycznych!**

- Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.
- Laboratorium zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału genetycznego do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych lub chorób dziedzicznych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)

1/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych (w przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:)

2/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych.

* niepotrzebne skreślić

.....
DATA I PODPIS PACJENTA