

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - INFЕКCJE DRÓG MOCZOWYCH

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.....			
Miejscowość:.....kod:.....			
PESEL:			
Data urodzenia: D D M M R R		kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>	
tel. kontaktowy:	 data podpis osoby upoważnionej
e-mail:		tel. kontaktowy:	

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23. 03. 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2006 r. Nr 61, poz. 435 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!

POJEDYNCZE BADANIA:

- 110 *Mycoplasma hominis* (mykoplazma) - test jakościowy, PCR
 112 *Ureaplasma urealyticum* (ureaplazma) - test jakościowy, PCR
 152 *Chlamydia trachomatis* (chlamydioza) - test jakościowy, R-T PCR
 147 Streptokoki grupy B - test jakościowy, PCR

PANELE BADAŃ:

- 723 **PANEL UTI - INFЕКCJE UKŁADU MOCZOWEGO - (Test 6 w 1): uropatogenny szczep *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis***

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 (za pobraniem 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.

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECENIE BADAŃ