

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - BADANIA Z MOCZU

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 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 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 BADAŃIA:	
101 <input type="checkbox"/> <i>Borrelia burgdorferi</i> sensu lato - test jakościowy, Real-Time PCR <small>Zalecany materiał: biopsja zmian skóry, płyn mózgowo-rdzeniowy, płyn stawowy **</small>	152 <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> - test jakościowy, Real-Time PCR
110 <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hominis</i> (mykoplazma) - test jakościowy, PCR	602 <input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i> - test jakościowy, PCR
111 <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma genitalium</i> (mykoplazma) - test jakościowy, PCR	114 <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - test jakościowy, PCR
112 <input type="checkbox"/> <i>Ureaplasma urealyticum</i> (ureaplazma) - test jakościowy, PCR	332 <input type="checkbox"/> CMV - test jakościowy, Real-Time PCR

PANELE BADAŃ:	
709 <input type="checkbox"/> Panel URO-GENITAL 6 - panel identyfikacji 6 patogenów (Test 6 w 1): <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , test jakościowy, multiplex PCR	
720 <input type="checkbox"/> Panel Infekcje grzybicze - identyfikacja 3 gatunków grzybów: <i>Candida albicans</i> , <i>Candida glabrata</i> , <i>Candida krusei</i> , test jakościowy, Real-Time PCR	

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):	
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (bezpłatnie)	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (doliczyć do ceny testu 30 zł)
<input type="checkbox"/> Odbiór w gabinecie lekarskim	<input type="checkbox"/> 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

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