

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - INFЕКCJE DRÓG MOCZOWO-PŁCIOWYCH

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:	
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:	
313 <input type="checkbox"/> Wirus HPV (rak szyjki macicy) - TEST PODSTAWOWY + IDENTYFIKACJA wysocejadliwych typów HPV16 i HPV18, multiplex PCR	110 <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hominis</i> (mykoplazma) - test jakościowy, PCR
314 <input type="checkbox"/> Wirus HPV (rak szyjki macicy) - TEST PRZED SZCZEPIENIEM - identyfikacja (genotypowanie) 6 typów HPV: 16,18,6,11,31,45, multiplex PCR	111 <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma genitalium</i> (mykoplazma) - test jakościowy, PCR
315 <input type="checkbox"/> Wirus HPV (rak szyjki macicy) - GENOTYPOWANIE 18 typów wirusa (13 wysoko- i 5 niskoonkogennych: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 6, 11, 42, 43, 44), multiplex PCR z rozdziałem w wysokiej rozdzielczości (sekwencjonowanie automatyczne)	112 <input type="checkbox"/> <i>Ureaplasma urealyticum</i> (ureaplazma) - test jakościowy, PCR
338 <input type="checkbox"/> Wirus HSVI i HSVII (identyfikacja typów wirusa opryszczki) - test jakościowy, multiplex PCR	152 <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> (chlamydia) - test jakościowy, R-T PCR
602 <input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i> (rzesistek pochwy) - test jakościowy, PCR	114 <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (rzeżączka) - test jakościowy, PCR
	115 <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> (kiła) - test jakościowy, PCR
	116 <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus ducreyi</i> (pałeczka wrzodu miękkiego) - jakościowy, PCR
	147 <input type="checkbox"/> Streptokoki grupy B - test jakościowy, PCR
	501 <input type="checkbox"/> <i>Candida albicans</i> (kandydoza) - test jakościowy, PCR

PANELE BADAŃ:	
707 <input type="checkbox"/> KANDYDOZA DRÓG MOCZOWO- PŁCIOWYCH: 6 gatunków grzybów z rodzaju <i>Candida</i> : <i>C. albicans</i> , <i>C. Tropicalis</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. dubliniensis</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. glabrata</i> - test jakościowy, multiplex PCR	
708 <input type="checkbox"/> Panel URO-GENITAL 4 - identyfikacja 4 patogenów (Test 4 w 1): <i>Treponema pallidum</i> , <i>Haemophilus ducreyi</i> , wirus HSV I/II, <i>Candida albicans</i> , test jakościowy multiplex PCR	
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	
710 <input type="checkbox"/> Panel URO-GENITAL 10 - identyfikacja 10 patogenów (Test 10 w 1): <i>T. pallidum</i> , <i>H. ducreyi</i> , wirus HSV I/II, <i>C. albicans</i> , <i>T. vaginalis</i> , <i>M. hominis</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>Ch. trachomatis</i> , <i>M. genitalium</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , multiplex PCR	
711 <input type="checkbox"/> Panel URO-GENITAL 24 - identyfikacja 24 patogenów (Test 24 w 1): <i>Treponema pallidum</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Haemophilus ducreyi</i> , <i>Aptopobium vaginae</i> , <i>Gardenerella vaginalis</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Mobiluncus curtisii</i> , <i>Mobiluncus mulieris</i> , Streptokoki grupy B, <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Lymphogranuloma Venereum</i> ; wirusy: HSV 1, HSV 2, CMV; grzyby: <i>C. albicans</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. krusei</i> , <i>C. dubliniensis</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. glabrata</i> - jakościowo multiplex 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 (za pobraniem 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.

.....
DATA I PODPIS PACJENTA