

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - INFЕКCJE DRÓG ODDYCHOWYCH

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. 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 BADANIA:	
104 <input type="checkbox"/> <i>Legionella pneumophila</i> - test jakościowy, PCR	120 <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> - test jakościowy, PCR
106 <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> - test jakościowy, PCR	122 <input type="checkbox"/> <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> - test jakościowy, R-T PCR
108 <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> - test jakościowy, PCR	124 <input type="checkbox"/> <i>Bordetella pertussis</i> - test jakościowy, PCR

PANELE BADAŃ:	
712 <input type="checkbox"/> Panel PNEUMO-BACTER 6 - identyfikacja 6 bakterii: <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>Legionella pneumophila</i> , <i>Bordetella pertussis</i> , test jakościowy, multiplex PCR	
713 <input type="checkbox"/> Panel PNEUMO-VIRUS 12 - identyfikacja 12 wirusów: AdV, MPV, Coronavirus 229E/NL63 , PIV1, PIV2, PIV3, FluA, FluB, RSV, RSVB, Rhino A/B, Coronavirus OC43/HKU1, test jakościowy, multiplex PCR	
714 <input type="checkbox"/> Panel PNEUMO-TOTAL 18 - identyfikacja 12 wirusów i 6 bakterii: wirus grypy A, wirus grypy B, RSV, RSVB, Coronavirus OC43/HKU1, Coronavirus 229E/NL63, Rhinowirus A/B, AdV, MPV, wirus paragrypy 1, paragrypy 2, paragrypy 3, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>Legionella pneumophila</i> , <i>Bordetella pertussis</i> , test jakościowy multiplex PCR	

CZAS REALIZACJI ZLECENIA:	
<input type="checkbox"/> STANDARD - do 7 dni roboczych	<input type="checkbox"/> EKSPRES - do 48 godzin (koszt 400 zł) - opcja możliwa dla testów nr: 712, 713 i 714 (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):	
<input type="checkbox"/> List polecony priorytetowy (bezpłatnie)	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska (doliczyć do ceny testu 30 zł)
<input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, ul. Mickiewicza 31)	<input type="checkbox"/> Odbiór w gabinecie lekarskim

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