

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - INFEKCJE DRÓG ODDECHOWYCH

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:

PNEUMOBAKTERIE:

- 104 *Legionella pneumophila* - test jakościowy, PCR
- 106 *Streptococcus pneumoniae* - test jakościowy, Real-Time PCR
- 108 *Mycoplasma pneumoniae* - test jakościowy, Real-Time PCR
- 120 *Haemophilus influenzae* - test jakościowy, PCR
- 122 *Chlamydomphila pneumoniae* - test jakościowy, Real-Time PCR
- 124 *Bordetella pertussis* - test jakościowy, PCR
- 125 *Neisseria meningitidis* - test jakościowy R-T PCR

PNEUMOWIRUSY:

- 318 Adv (*Adenowirus*) - test jakościowy, PCR
- 319 MPV (*Metapneumowirus*) - test jakościowy, PCR

- 320 *Coronavirus 229E/NL63* - test jakościowy, PCR
- 321 *Coronavirus OC43/HKU1* - test jakościowy, PCR
- 322 PIV1 (*wirus paragrypy typu 1*) - test jakościowy, PCR
- 323 PIV2 (*wirus paragrypy typu 2*) - test jakościowy, PCR
- 324 PIV3 (*wirus paragrypy typu 3*) - test jakościowy, PCR
- 325 *Wirus grypy typu A* - test jakościowy, PCR
- 326 *Wirus grypy typu B* - test jakościowy, PCR
- 327 RSVB (*Respiratory Syncytial Virus B*) - test jakościowy, PCR
- 328 RSVA (*Respiratory Syncytial Virus A*) - test jakościowy, PCR
- 329 *Wirus Rhino (Rhino virus A/B)* - test jakościowy, PCR

PANELE BADAŃ:

- 722 **Panel ODDECHOWY** - identyfikacja 3 bakterii: *Streptococcus pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, Real-Time PCR
- 712 **Panel PNEUMO-BACTER 6** - identyfikacja 6 bakterii: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *Bordetella pertussis*, test jakościowy, multiplex PCR
- 713 **Panel PNEUMO-VIRUS 12** - identyfikacja 12 wirusów: Adv, MPV, 229E/NL63 Coronavirus, PIV1, PIV2, PIV3, FluA, FluB, RSVA, RSVB, Rhino A/B, OC43/HKU1 Coronavirus, test jakościowy, multiplex PCR
- 714 **Panel PNEUMO-TOTAL 18** - identyfikacja 13 wirusów i 5 bakterii: wirus grypy A, wirus grypy B, RSVA, RSVB, Coronavirus OC43/HKU1, Coronavirus 229E/NL63, Rhinowirus A/B, Adenowirus, wirus paragrypy 1, paragrypy 2, paragrypy 3, bocawirus, enterowirus, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, test jakościowy multiplex PCR z rozdziałem w wysokiej rozdzielczości (sekwencjonowanie automatyczne)

CZAS REALIZACJI ZLECENIA:

- STANDARD - do 7 dni roboczych
- 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)

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZLECANE BADANIA

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.

* niepotrzebne skreślić

.....
DATA I PODPIS PACJENTA