



ZLECENIE BADAŃ MOLEKULARNYCH *

NR BADANIA: (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)

<p>DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć)</p> <p>Nr ośrodka kosztów: STUDENT AWF</p> <p>Telefon: Data zlecenia:</p> <p>DANE ZLECAJĄCEGO BADANIE:</p> <p>Pieczęć i podpis:</p>	<p>DANE PACJENTA:</p> <p>Nazwisko: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Imię: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>PESEL / ID pacjenta: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p> <p>Data urodzenia: Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M</p> <p>Adres/adres e-mail:</p> <p>Seria i nr dok. tożsamości:</p>																																																												

<p>MATERIAL POBRANY DO BADANIA:</p> <p>Data: godzina:</p> <p>UWAGI:</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krew na EDTA</td> <td><input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL)</td> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krew na skrzep</td> <td><input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe</td> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krew pępowinowa</td> <td><input type="checkbox"/> Wydziel. z drzewa oskrzel.</td> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z szyjki macicy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła</td> <td><input type="checkbox"/> Plwocina</td> <td><input type="checkbox"/> Płyn owodniowy</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z gardła</td> <td><input type="checkbox"/> Aspirat z tchawicy</td> <td><input type="checkbox"/> Mocz z pierwszego strumienia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z krtani</td> <td><input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy</td> <td><input type="checkbox"/> Kał</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inny</td> <td><input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy</td> <td><input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Inny.....</td> <td><input type="checkbox"/> Inny</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Krew na EDTA	<input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL)	<input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej	<input type="checkbox"/> Krew na skrzep	<input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe	<input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy	<input type="checkbox"/> Krew pępowinowa	<input type="checkbox"/> Wydziel. z drzewa oskrzel.	<input type="checkbox"/> Wymaz z szyjki macicy	<input type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła	<input type="checkbox"/> Plwocina	<input type="checkbox"/> Płyn owodniowy	<input type="checkbox"/> Wymaz z gardła	<input type="checkbox"/> Aspirat z tchawicy	<input type="checkbox"/> Mocz z pierwszego strumienia	<input type="checkbox"/> Wymaz z krtani	<input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy	<input type="checkbox"/> Kał	<input type="checkbox"/> Inny	<input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy	<input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu		<input type="checkbox"/> Inny.....	<input type="checkbox"/> Inny
<input type="checkbox"/> Krew na EDTA	<input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL)	<input type="checkbox"/> Wymaz z cewki moczowej																							
<input type="checkbox"/> Krew na skrzep	<input type="checkbox"/> Popłuczyny oskrzelowe	<input type="checkbox"/> Wymaz z pochwy																							
<input type="checkbox"/> Krew pępowinowa	<input type="checkbox"/> Wydziel. z drzewa oskrzel.	<input type="checkbox"/> Wymaz z szyjki macicy																							
<input type="checkbox"/> Wymaz z nosogardła	<input type="checkbox"/> Plwocina	<input type="checkbox"/> Płyn owodniowy																							
<input type="checkbox"/> Wymaz z gardła	<input type="checkbox"/> Aspirat z tchawicy	<input type="checkbox"/> Mocz z pierwszego strumienia																							
<input type="checkbox"/> Wymaz z krtani	<input type="checkbox"/> Płyn opłucnowy	<input type="checkbox"/> Kał																							
<input type="checkbox"/> Inny	<input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy	<input type="checkbox"/> Wymaz z odbytu																							
	<input type="checkbox"/> Inny.....	<input type="checkbox"/> Inny																							

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HCV RNA (jakościowo) <input type="checkbox"/> HCV RNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> HCV RNA - genotypowanie (1-7) /subtypy 1a i 1b <input type="checkbox"/> HEV RNA <input type="checkbox"/> HIV-1 RNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> DNA allelu HLA-B*5701 <input type="checkbox"/> HBV DNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> HBV DNA - lekooporność (entecavir, lamivudyna, adefovir, telbivudyna) <input type="checkbox"/> CMV DNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> EBV DNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> Herpes Simplex Virus typ 1 & 2 (HSV) DNA <input type="checkbox"/> Varicella Zoster Virus (VZV) DNA <input type="checkbox"/> HSV-1/HSV-2/VZV DNA <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 DNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> BK Virus DNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> JC Virus DNA (ilościowo) <input type="checkbox"/> HPV DNA – 28 genotypów HR & LR <input type="checkbox"/> Carbapenemase Producing <i>Enterobacteriaceae</i> (CPE) DNA: IMP, KPC, NDM, OXA-48, VIM, GES <input type="checkbox"/> Inne 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Influenza A/H1N1pdm09/ Influenza B RNA <input type="checkbox"/> Influenza A/Influenza B/RSV RNA – tryb CITO <input type="checkbox"/> Panel oddechowcy: Influenza A/Influenza A/H1N1 pdm09/ Influenza B/Respiratory Syncytial Viruses A & B/Adenovirus/ Human Metapneumovirus A & B/Coronaviruses (229E, NL63, OC43, HKU1)/Parainfluenza 1, 2, 3, 4/Parachovirus/Rhinovirus/ Enterovirus/Bocavirus/<i>Mycoplasma pneumoniae</i> DNA/RNA <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 RNA <input type="checkbox"/> Panel gastroenterologiczny: Norovirus/Rotavirus/Astrovirus/ Adenovirus DNA/RNA <input type="checkbox"/> Panel neurologiczny: ludzki Adenovirus/ ludzki Cytomegalovirus/ EBV/HSV typ 1 & 2/VZV/Enterovirus/Parachovirus/ludzki Herpesvirus 6/ludzki Herpesvirus 7/Parvovirus B19/<i>Streptococcus pneumoniae</i>/ <i>Haemophilus influenzae</i>/ <i>Neisseria meningitis</i> DNA <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> DNA <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>/<i>Neisseria gonorrhoeae</i> DNA <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia pneumoniae</i>/<i>Mycoplasma pneumoniae</i>/<i>Legionella pneumophila</i> DNA <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma hominis</i>/<i>Mycoplasma genitalium</i>/<i>Ureaplasma urealyticum</i>/parvum DNA <input type="checkbox"/> <i>Legionella</i> spp. DNA (w tym <i>L. pneumophila</i>) <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> DNA <input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis jiroveci</i> DNA (ilościowo)
--	---

ISTOTNE DANE KLINICZNE:
.....
.....

DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:
Imię i nazwisko

PRZYJĘCIE MATERIAŁU (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)
Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: (czytelny podpis)

* Na jednym formularzu można zlecić więcej niż jedno badanie