



ZLECENIE BADAŃ IMMUNODIAGNOSTYCZNYCH *

DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć) Nr ośrodka kosztów: Telefon: Data zlecenia: DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE: Pieczęć i podpis lekarza:		DANE PACJENTA: Nazwisko: <table border="1" style="display: inline-table; 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> Imię: <table border="1" style="display: inline-table; 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> PESEL / ID pacjenta: <table border="1" style="display: inline-table; 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> Data urodzenia: Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Adres: Seria i nr dok. tożsamości:																																																													
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA: Data: godzina: UWAGI:		RODZAJ MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> Krew na EDTA <input type="checkbox"/> Krew na skrzep <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/> Kał <input type="checkbox"/> Mocz <input type="checkbox"/> Płyn mózgowo-rdzeniowy																																																													
<input type="checkbox"/> HBs Ag <input type="checkbox"/> anty-HBs (miano) <input type="checkbox"/> HBe Ag <input type="checkbox"/> anty-HBe <input type="checkbox"/> anty-HBc total <input type="checkbox"/> anty-HBc IgM <input type="checkbox"/> anty-HCV <input type="checkbox"/> anty-HCV - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HIV/p24 <input type="checkbox"/> anty-HIV - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-HAV total <input type="checkbox"/> anty-HAV IgM <input type="checkbox"/> anty-HEV IgG <input type="checkbox"/> anty-HEV IgM <input type="checkbox"/> anty-CMV IgG <input type="checkbox"/> anty-CMV IgM <input type="checkbox"/> Awidność anty-CMV IgG <input type="checkbox"/> anty-Rubella IgG <input type="checkbox"/> anty-Rubella IgM <input type="checkbox"/> anty-Toxoplasma gondii IgG <input type="checkbox"/> anty-Toxoplasma gondii IgM <input type="checkbox"/> Awidność anty-Toxoplasma gondii IgG <input type="checkbox"/> anty-HSV 1 IgG <input type="checkbox"/> anty-HSV 1 IgM <input type="checkbox"/> anty-HSV 2 IgG <input type="checkbox"/> anty-HSV 2 IgM <input type="checkbox"/> Anty-HTLV I/II total <input type="checkbox"/> EBV anty-VCA IgM <input type="checkbox"/> EBV anty-VCA IgG <input type="checkbox"/> EBV anty-VCA/EA IgG <input type="checkbox"/> EBV anty-EBNA IgG		<input type="checkbox"/> Odczyn reaginowy RPR <input type="checkbox"/> Odczyn kłaczkujący VDRL <input type="checkbox"/> Odczyn kiłowy TPHA <input type="checkbox"/> anty-Treponema pallidum IgM <input type="checkbox"/> anty-Treponema pallidum IgG <input type="checkbox"/> anty-Treponema pallidum - test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-Adenovirus IgG <input type="checkbox"/> anty-VZV IgG <input type="checkbox"/> anty-VZV IgM <input type="checkbox"/> anty-Parvovirus B19 IgG <input type="checkbox"/> anty-Parvovirus B19 IgM <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgG <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgM <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgG – test potwierdzający <input type="checkbox"/> anty-Borrelia spp. IgM - test potwierdzający <input type="checkbox"/> AIIGG-wewnątrzoponowa synteza przeciwciał p/Borrelia <input type="checkbox"/> anty-TBE IgG (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) <input type="checkbox"/> anty-TBE IgM (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) <input type="checkbox"/> Krztusiec - przeciwciała IgG przeciwko toksynom Bordetella pertussi																																																													
		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