



Szpital Uniwersytecki w Krakowie
Zakład Mikrobiologii
Pracownia Bakteriologii Ogólnej
i Mikrobiologicznych Badań Środowiskowych
30-688 Kraków, ul. M. Jakubowskiego 2
tel.: 12 400 36-50, 36-60

Załącznik ZAŁ05-P-ZM-01
Wydanie 08 z dnia 23.02.2024 r.

kod: 000000018583-88-794

<http://www.su.krakow.pl/jednostki/zaklady/zaklad-mikrobiologii>

ZLECENIE BADANIA MATERIAŁU ZE ŚRODOWISKA *

NR BADANIA: (wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)	
DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: (pieczęć) Nr ośrodka kosztów: Telefon: Data zlecenia: DANE OSOBY ZLECAJĄCEJ BADANIE: (pieczęć i podpis)	LOKALIZACJA MIEJSCA POBRANIA PRÓBKII OPIS MIEJSCA POBRANIA PRÓBKII Nr próbki: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
DATA I GODZINA POBRANIA	
Data: godzina:	
DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ	
..... (czytelny podpis)	
MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA:	
<input type="checkbox"/> Aspirat powietrza <input type="checkbox"/> 20 l <input type="checkbox"/> 50 l <input type="checkbox"/> 1000 l <input type="checkbox"/> inna objętość <input type="checkbox"/> Wymaz ze środowiska <input type="checkbox"/> Odcisk powierzchni (płytki odciskowa) <input type="checkbox"/> Preparat krwiopochodny <input type="checkbox"/> Koncentrat krwinek czerwonych <input type="checkbox"/> Koncentrat krwinek płytkowych <input type="checkbox"/> Ubogoleukocytarny koncentrat krwinek płytkowych <input type="checkbox"/> Inny preparat <input type="checkbox"/> Próbkę kontrolną produktu farmaceutycznego <input type="checkbox"/> Roztwór NaCl <input type="checkbox"/> Mieszanka żywieniowa <input type="checkbox"/> Inny materiał	
KIERUNEK BADANIA:	
<input type="checkbox"/> BAKTERIOLOGICZNE <input type="checkbox"/> POSIEW TLENOWY <input type="checkbox"/> POSIEW BEZTLENOWY <input type="checkbox"/> MYKOLOGICZNE	
UWAGI:	
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