|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU: MIEJSCE NA KOD KRESKOWY  *(pieczęć)*  Nr ośrodka kosztów: Telefon: Data zlecenia:DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE: Pieczęć i podpis lekarza: | | DANE PACJENTA: Nazwisko:  Imię:  PESEL / ID pacjenta:  Data urodzenia: Płeć: K M  Adres:  Seria i nr dok. tożsamości: | |
| MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA: Data: ……………… godzina:  UWAGI: ………………………………….. | **RODZAJ MATERIAŁU:**   * Krew na EDTA * Krew na skrzep * Inny | | * Kał * Mocz * Płyn mózgowo-rdzeniowy |
| * HBs Ag * anty-HBs (miano) * HBe Ag * anty-HBe * anty-HBc total * anty-HBc IgM * anty-HCV * anty-HCV - test potwierdzający * anty-HIV/p24 * anty-HIV - test potwierdzający * anty-HAV total * anty-HAV IgM * anty-HEV IgG * anty-HEV IgM * anty-CMV IgG * anty-CMV IgM * Awidność anty-CMV IgG * anty-*Rubella* IgG * anty-*Rubella* IgM * anty-*Toxoplasma gondii* IgG * anty-*Toxoplasma gondii* IgM * Awidność anty-*Toxoplasma gondii* IgG * anty-HSV 1 IgG * anty-HSV 1 IgM * anty-HSV 2 IgG * anty-HSV2 IgM * Anty-HTLV I/II total * EBV anty-VCA IgM * EBV anty-VCA IgG * EBV anty-VCA/EA IgG * EBV anty-EBNA IgG | * Odczyn reaginowy RPR * Odczyn kłaczkujący VDRL * Odczyn kiłowy TPHA * anty-*Treponema pallidum* IgM * anty-*Treponema pallidum* IgG * anty-*Treponema pallidum* - test potwierdzający * anty-Adenovirus IgG * anty-VZV IgG * anty-VZV IgM * anty-*Parvovirus B19* IgG * anty-*Parvovirus B19* IgM * anty-*Borrelia spp.* IgG * anty-*Borrelia spp.* IgM * anty-*Borrelia spp.* IgG – test potwierdzający * anty-*Borrelia spp.* IgM - test potwierdzający * AIIGG-wewnątrzoponowa synteza przeciwciał p/Borrelia * anty-TBE IgG (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) * anty-TBE IgM (wirus kleszczowego zapalenia mózgu) * Krztusiec *-* przeciwciała IgG przeciwko toksynom *Bordetella pertussi* | | * anty-*Chlam. pneumoniae* IgA * anty-*Chlam. pneumoniae* IgM * anty-*Chlam. pneumoniae* IgG * anty-*Mycopl. pneumoniae* IgM * anty-*Mycopl. pneumoniae* IgG * Odra anty- *Measles virus* IgG * Odra anty- *Measles virus* IgM * Tężec - przeciwciała IgG przeciwko toksynom *Clostridium tetani* * Ag *Strept. pneumoniae* w moczu * Ag *Strept. pneumoniae* w płynie m-rdz * Ag *Legionella. pneumophila 1* w moczu * Ag Rotawirusa w kale * Ag Adenowirusa w kale * Ag *Helicobacter pylori* w kale * Ag/Toksyny A i B *Clostridioides difficile*  w kale (test przesiewowy) * Toksyny A i B *Clostridioides difficile* (ELISA) * Ag *Campylobacter jejuni i coli* |
| **ISTOTNE DANE KLINICZNE:**  ………………………………………………………………………………………… | | |
| **DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ:**  Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| **PRZYJĘCIE MATERIAŁU** *(wypełnia Zakład Mikrobiologii SU)*  Data: godzina: Osoba przyjmująca materiał: *(czytelny podpis)* | | | |