|  |  |
| --- | --- |
| DANE JEDNOSTKI ZLECAJĄCEJ / ODBIORCA WYNIKU:MIEJSCE NAKOD 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 MAdres: 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)*  |