

Pieczęć jednostki zlecającej

....., dnia .....

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ  
Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii im. E. i J. Zeylandów  
60-569 Poznań, ul. Szamarzewskiego 62  
na wykonanie testu IGRA (QuantiFERON®-TB Gold)  
w ramach programów profilaktycznych wczesnego wykrywania gruźlicy  
w województwie wielkopolskim**

Czytelne wypełnienie wszystkich pozycji skierowania jest niezbędnym warunkiem wykonania badania

Imię i nazwisko osoby badanej:

.....

adres zamieszkania .....

powiat .....

gmina.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data pierwszego kontaktu z osobą prątkującą: .....

Data ostatniego kontaktu z osobą prątkującą: .....

Przybliżony sumaryczny czas **bezpośredniego** kontaktu z osobą prątkującą: .....

.....  
czytelny podpis i pieczęć Zleceniodawcy

Tę część wypełnia Wykonawca badania

**Data pobrania krwi:**

**Nr badania:**

Badanie finansowane ze środków:

- projektu WRPO „Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne” – program profilaktyczny wczesnego wykrywania gruźlicy nr RPWP.06.06.01-30-0020/16-00<sup>\*)</sup>
- dotacji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego<sup>\*)</sup>

\*) niepotrzebne skreślić