



Pieczęć jednostki zlecającej



Wielkopolskie Centrum  
Pulmonologii i Torakochirurgii  
im. Eugenii i Janusza Zeylandów

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

**PROGRAM PROFILAKTYCZNY Wczesnego wykrywania gruźlicy  
w województwie wielkopolskim**

**SKIEROWANIE DO ZAKŁADU DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ**

Wielkopolskiego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii  
60-569 Poznań, ul. Szamarzewskiego 62,

Proszę o wykonanie w ramach Programu badania QuantiFERON-TB Gold In Tube.

Imię i nazwisko osoby badanej:

.....

adres zamieszkania .....

powiat .....

gmina.....

PESEL

Czytelne wypełnienie wszystkich  
pozycji skierowania jest niezbędnym  
warunkiem wykonania badania

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



WIELKOPOLSKA



SAMORZĄD  
WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO

Program finansowany ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego