

pieczęć jednostki zlecającej

Do Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej
WCPiP
ul. Szamarzewskiego 62
60-569 Poznań
tel. 61/66-54-222, -325, -284

ZLECENIE BADANIA W PRACOWNI PRĄTKA GRUŹLICY

..... nazwisko i imię data urodzenia Płeć: K/M

..... adres zamieszkania (kod, miejscowość, ul., nr domu, gmina)

PESEL									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

rozpoznanie..... kod ICD 10

RODZAJ BADANIA *

<input type="checkbox"/> posiew na podłożu LJ
<input type="checkbox"/> j.w. oraz posiew w systemie MGIT
<input type="checkbox"/> j.w. oraz badanie molekularne
<input type="checkbox"/> test QuantiFERON-TB Gold
<input type="checkbox"/> inne

CEL BADANIA *

<input type="checkbox"/> potwierdzenie gruźlicy
<input type="checkbox"/> wykluczenie gruźlicy
<input type="checkbox"/> kontrola podczas leczenia
<input type="checkbox"/> kontrola po zakończeniu leczenia
<input type="checkbox"/> potwierdzenie/wykluczenie zakażenia

rodzaj materiału	data i godz. pobrania próbki	dane osoby pobierającej próbkę
------------------	------------------------------	--------------------------------

- sposób pobrania i transportu próbki są mi znane.
- w przypadku niezaznaczenia metody badania, wyboru dokona diagnosta w oparciu o dane kliniczne i rodzaj materiału;
- z wszystkich próbek (z wyjątkiem krwi) będzie wykonane badanie bakterioskopowe AFB;
- w przypadku dodatniej hodowli zostanie wykonana identyfikacja do poziomu *M. tuberculosis* complex vs. MOTT;
- w przypadku identyfikacji *M. tuberculosis* zostanie wykonane oznaczenie lekowności podstawowej.

Uwagi:	pieczęć/podpis zleciodawcy
--------	----------------------------

wypełnia laboratorium		
data i godz. przyjęcia próbki	uwagi	nr badania
		podpis