

pieczęć zleceńodawcy

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 konwencjonalny
<input type="checkbox"/> posiew automatyczny MB/BacT
<input type="checkbox"/> wykrywanie mat. genetycznego <i>M. tuberculosis</i>
<input type="checkbox"/> test QuantiFERON-TB Gold
imie

<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 ni znane.
- w przypadku niezaznaczenia metody badania, wyboru dokona diagnosta w oparciu o dane kliniczne i rodzaj materiału;
- z wszystkich próbek będzie wykonane badanie bakterioskopowe AFB (wyjatek: moczy, krew);
- w przypadku dodatknej hodowli zostanie wykonana identyfikacja do poziomu *M. tuberculosis* complex vs. MOTT;
- w przypadku identyfikacji *M. tuberculosis* zostanie oznaczona lekowrażliwość podstawowa.

dane osoby upoważnionej do odbioru wyników:

.....
(jeżeli nie mają być dostarczone do Zleceńodawcy)

data

.....
pieczęć i podpis lekarza zlecającego

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

*proszę zaznaczyć X

FM/170/1/26.01.11

pieczęć zleceńodawcy

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 konwencjonalny
<input type="checkbox"/> posiew automatyczny MB/BacT
<input type="checkbox"/> wykrywanie mat. genetycznego <i>M. tuberculosis</i>
<input type="checkbox"/> test QuantiFERON-TB Gold
imie

<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 ni znane.
- w przypadku niezaznaczenia metody badania, wyboru dokona diagnosta w oparciu o dane kliniczne i rodzaj materiału;
- z wszystkich próbek będzie wykonane badanie bakterioskopowe AFB (wyjatek: moczy, krew);
- w przypadku dodatknej hodowli zostanie wykonana identyfikacja do poziomu *M. tuberculosis* complex vs. MOTT;
- w przypadku identyfikacji *M. tuberculosis* zostanie oznaczona lekowrażliwość podstawowa.

dane osoby upoważnionej do odbioru wyników:

.....
(jeżeli nie mają być dostarczone do Zleceńodawcy)

data

.....
pieczęć i podpis lekarza zlecającego

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

*proszę zaznaczyć X

FM/170/1/26.01.11