



Pieczęć jednostki zlecającej

....., 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

**Płatnikiem badania jest Województwo Wielkopolskie**



**SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO**