**Wzór skierowania na badanie odry/różyczki w ramach programu WHO eliminacji odry/różyczki**

***Badanie w ramach programu WHO eliminacji odry/różyczki***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Kierunek badania |  |
| 2 | Imię i nazwisko chorego |  |
| 3 | Data urodzenia |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Status zaszczepienia MMR(Bardzo ważne) | Liczba dawek:Data zaszczepienia pierwszą dawką:Data zaszczepienia drugą dawką: |
| 6 | Data wystąpienia objawów choroby |  |
| 7 | Materiał kliniczny |  |
| 8 | Data pobrania próbkiOsoba pobierająca |  |
| 9 | Przechowywanie materiału przed wysłaniem (warunki) |  |
| 10 | Osoba do kontaktuTel/fax/e-mail |  |
| 11 | Uwagi |  |

Pieczątka i podpis osoby kierującej