

**ZLECENIE nr ...../..... w NIZP - PZH**  
Nazwa/symbol laboratorium: Laboratorium Zakładu Badania Wirusów Grypy/LEI

**A. Zleceniodawca:** .....

Adres: ul..... nr domu.....

kod..... miejscowość .....

Oddział:..... REGON/NIP\*.....

**B. Dane Pacjenta:** Imię i nazwisko pacjenta:.....

Data urodzenia..... płęć\* K M

PESEL

Adres zamieszkania: ul..... nr domu..... nr lokalu.....

kod..... miejscowość..... nr telefonu.....

Dane lekarza zlecającego badanie..... nr telefonu.....

Dane osoby pobierającej materiał do badania.....

1. Wskazanie do wykonania badania (istotne kliniczne dane pacjenta).....

2. Opis materiału i zakres badania:

Lp.	Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania próbki	Data wystąpienia objawów chorobowych	Szczepienie przeciwko grypie w bieżącym sezonie epidemicznym*	Ekspozycja* na leki antywirusowe w ostatnich 14 dniach; proszę podać stosowane dawkowanie, datę rozpoczęcia i zakończenia podawania leku	Oczekiwany kierunek badania**	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)
				tak	tak - pacjent przyjmował: - oseltamivir <sup>1</sup> ..... - inne .....	Poz. nr .....	
				tak	tak - pacjent miał kontakt z osobą przyjmującą: - oseltamivir <sup>1</sup> ..... - inne .....		
				nie	nie		

3. Tryb wykonania badania: cito / zwykły\*
4. Dodatkowa dokumentacja\*: skierowanie od lekarza, inne: .....
5. Próbkę po badaniu do dyspozycji Laboratorium: tak / nie\*
6. Przekazanie sprawozdania z badań\*: faksem\*\*\* / pocztą / odbiór osobisty
7. Miejsce przesłania wyniku\*: instytucja / pacjent / inne .....
8. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator (w uzgodnionym obszarze)
9. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.
10. Klient wyraża /nie wyraża\* zgody na wykorzystanie wyników do celów opracowań syntetycznych.
11. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.
12. *Kompetencje laboratorium potwierdzone w akredytacji w odniesieniu do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025, nie obejmują etapu przedanalizycznego i poanalizycznego.*

.....  
Klient - data/podpis

.....  
Główny Księgowy - data/podpis (dla Klientów instytucjonalnych)

..... Osoba przyjmująca zlecenie data/podpis (wypełnia PPM w NIZP - PZH)	..... Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia NIZP - PZH)	..... Rezultat przeglądu (wypełnia laboratorium w NIZP - PZH) pozytywny / negatywny *
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

\* niepotrzebne skreślić \*\* wpisać nr pozycji, wg Cennika Badań Diagnostycznych LEI w NIZP-PZH

\*\*\* wyniki badań mogą być wysłane na wskazany nr faksu po każdorazowym nadesłaniu imiennego zobowiązania do ochrony przetwarzanych informacji

<sup>1</sup> nazwa handlowa leku: Tamiflu, Ebilfumin, Tamivil