

ZLECENIE nr/LEB w NIZP - PZH
(SZCZEP/DNA BAKTERYJNY) *

A. Klient

Zleceniodawca:

Adres: ul.....
kod..... miejscowość.....

B. Płatnik:

Adres: ul.....
kod..... miejscowość.....
NIP:.....

C. Dane pacjenta **

Imię i nazwisko lub inicjały

Data urodzenia płeć* K / M

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

1. Wstępne rozpoznanie (istotne kliniczne dane pacjenta)**
2. Szczep wyhodowano od ** : chorego, ozdrowieńca, osoby ze styczności, nosiciela, branżowca. *
3. Opis materiału i zakres badania:

Materiał z którego wyhodowano szczep bakteryjny	Oznakowanie próbki przez Klienta	Data wyhodowania szczepu od pacjenta**	Wynik identyfikacji wykonanej przez Klienta	Oczekiwany kierunek badania w NIZP - PZH	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)

4. Próbkę po badaniu do dyspozycji LEB w NIZP - PZH tak/nie*
5. Przekazanie sprawozdania z badań: faksem***/pocztą/odbiór osobisty*
6. Miejsce przesłania wyniku lub nr faksu:.....
7. Koszt realizacji zlecenia:
8. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.
9. Klient wyraża/nie wyraża* zgody na wykorzystanie wyników do celów opracowań syntetycznych.
10. Klient powierza NIZP-PZH dane osobowe Pacjenta w zakresie wskazanym w zleceniu w celu realizacji zlecenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa
11. Kompetencje laboratorium potwierdzone w akredytacji w odniesieniu do wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025, nie obejmują etapu przedanalizacyjnego i poanalizacyjnego

..... Klient - data/podpis Główny Księgowy - data/podpis (w przypadku odpłatnych badań)
..... Osoba przyjmująca zlecenie data/podpis (wypełnia PPM w NIZP - PZH) Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia LEB w NIZP - PZH)
Rezultat przeglądu (wypełnia LEB w NIZP - PZH) pozytywny / negatywny *	

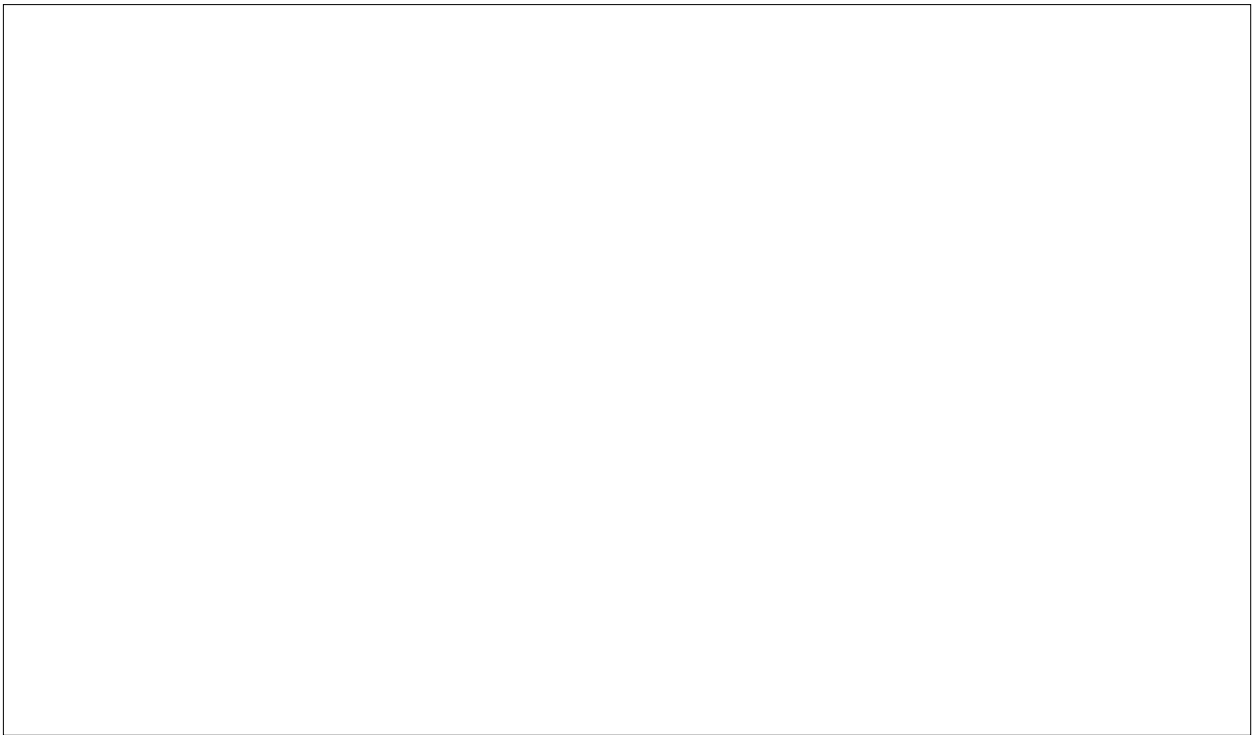
Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

*niepotrzebne skreślić

** Wypełnić jeśli próbka pochodzi z materiału klinicznego

***Zleceniodawca zapewnia, że do wskazanego nr faksu mają dostęp wyłącznie osoby upoważnione do odbioru wyniku

Właściwości biochemiczne / serologiczne szczepu



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.....

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

13. 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 ¹ - inne	Poz. nr	
				tak	tak - pacjent miał kontakt z osobą przyjmującą: - oseltamivir ¹ - 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

¹ nazwa handlowa leku: Tamiflu, *Ebilfumin*, *Tamivil*