

ZLECENIE nr/..... w NIZP PZH - PIB
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..... płeć* 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 - PIB)
				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. Próbki 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.

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 - PIB) Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia NIZP PZH - PIB) Rezultat przeglądu (wypełnia laboratorium w NIZP PZH - PIB) pozytywny / negatywny *
---	--	--

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

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

*** 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