## PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA-ODBIORU PRÓBEK MATERIAŁU KLINICZNEGO DO MOLEKULARNEGO BADANIA W KIERUNKU ODRY/RÓŻYCZKI

## W RAMACH PROGRAMU WHO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data wpływu PRÓBEK do NIZP PZH-PIB** |  | **Data dokonania**  **odbioru PRÓBEK z miejsca pobrania** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce pobrania próbek** | Nazwa i adres |
|  |
| **Osoba przekazująca próbki kurierowi** | Imię i nazwisko, telefon kontaktowy/podpis |
|  |
| **OPCJONALNIE**  **Kurier/firma kurierska** | Nazwa firmy kurierskiej, ewentualnie  Imię i nazwisko, telefon kontaktowy |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Próbki dostarczone do NIZP PZH-PIB na badanie w kierunku odry/różyczki** | **Liczba** | **Uwagi** |
| 1. | Krew pełna |  |  |
| 2. | Mocz |  |  |
| 3. | Wymaz z gardła |  |  |
| 4. |  |  |  |
| Potwierdzam:   * otrzymanie próbek do **molekularnego badania** w kierunku odry i różyczki w dobrym stanie * wraz z wypełnionym zleceniem badania w ramach Programu WHO | | |  |

Podpis:

..……………………………………………..

*( podpis osoby weryfikującej próbki w NIZP PZH-PIB)*