Formularza nr PO-02/F13

Obowiązuje od dnia: 2023.07.03

**ZLECENIE nr ........................../......................... w NIZP PZH - PIB**

**Nazwa/symbol Pracowni: Pracownia Wirusów Grypy i Wirusów Zakażeń Oddechowych, Zakład Wirusologii / LEI/D**

1. **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:  - oseltamivir1 ..................................................  - *inne*....................................................  .................................................. | Poz. nr ........... |  |
| tak - pacjent miał kontakt z osobą przyjmującą:  - oseltamivir1 ..................................................  - *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 / pocztą elektroniczną

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 przedanalitycznego i poanalitycznego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ....................................................................... | | ................................................................... | |
| Klient - data/podpis | | Główny Księgowy - data/podpis (dla Klientów instytucjonalnych) | |
| ............................... | ........................................ | | Rezultat przeglądu  (wypełnia laboratorium w NIZP PZH - PIB) | |
| Osoba przyjmująca zlecenie  data/podpis  (wypełnia PPM w NIZP PZH - PIB) | Osoba dokonująca przeglądu zlecenia  data/podpis  (wypełnia NIZP PZH - PIB) | | pozytywny / negatywny \* | |

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP PZH - PIB

\* niepotrzebne skreślić \*\* wpisać nr pozycji, wg Cennika Badań Diagnostycznych 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*