

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

Nazwa laboratorium (obszar badań): Laboratorium Zakładu Wirusologii (badania wirusów grypy i wirusów zakażeń oddechowych)

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.....e-mail..... 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..... tak - pacjent miał kontakt z osobą przyjmującą: - oseltamivir ¹ - inne	Poz. nr	
				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 wyniku badań: dostęp on-line na stronie www.pzh.gov.pl/elab

7. e-mail do kontaktu

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 przedanalizy i poanalizy.

.....
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 laboratorium w 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

¹ nazwa handlowa leku: Tamiflu, Ebilfumin, Tamivil