

**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA-ODBIORU PRÓBEK MATERIAŁU KLINICZNEGO DO
BADANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA WIRUSAMI ODRY I RÓŻYCZKI
W RAMACH PROGRAMU WHO**

| Data wpływu PRÓBEK do NIZP PZH-PIB | | Data 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 |
| Badanie molekularne | | | |
| 1 | Krew pełna | | |
| 2 | Wymaz z gardła | | |
| 3 | Mocz | | |
| Badanie serologiczne | | | |
| 1 | Surowica / osocze | | |
| 2 | Para materiałów: surowica i PMR | | |
| Potwierdzam: <input type="checkbox"/> otrzymanie próbek materiału klinicznego do badania w kierunku zakażenia wirusami odry i różyczki w dobrym stanie <input type="checkbox"/> otrzymanie wypełnionego zlecenia badania w ramach Programu WHO | | | |

Podpis:

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

Edycja z dnia 2026-04-01