

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ
Pracownia Badań Molekularnych

miejsce na kod

OŚRODEK ZLECAJĄCY

(pieczęć)

Telefon:

Data zlecenia:

DANE PACJENTA

Nazwisko:

Imię:

PESEL

Data urodzenia

Płeć: kobieta / mężczyzna*

Dane adresowe:

Województwo:

Gmina:

Powiat:

Ulica:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

telefon:

MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA



Data i godzina pobrania materiału

Dane i podpis osoby pobierającej

- Wymaz z gardła Aspirat z tchawicy
 Wymaz z nosogardła Wydzielina z drzewa oskrzelowego
 BAL

RODZAJ BADANIA

SARS-CoV-2

UWAGA:  **PIEWSZA osoba wypełnia i umieszcza zlecenie w kopercie na lodówce**
 **DRUGA osoba pobiera materiał**

Lista sprawdzająca

- KOD z końcówką „01” umieść w prawym górnym narożniku skierowania
- KOD z końcówką „02” przyklej na informacji dla Pacjenta, w prawym dolnym rogu kartki
- KOD z końcówką „03” oklej probówkę w sposób umożliwiający zeskanowanie kodu- wzdłuż osi probówki
- Pobierz materiał zgodnie z instrukcją opracowaną przez ZDM
(wymaz z tylnej ściany gardła i nosogardła musi być pobierany co najmniej przez **8 sekund**)
- Włóż próbkę do dołączonego pojemnika plastikowego zbiorczego (może zawierać próby od kilku pacjentów)
- Zmień rękawiczki
- Zamknij pokrywę pojemnika plastikowego
- Zdezynfekuj pojemnik plastikowy
- Włóż pojemnik plastikowy do lodówki transportowej ze schłodzonym wkładem lodowym
- Zabezpiecz lodówkę transportową przed otwarciem
- Włóż zlecenie do koperty przytwierdzonej do lodówki transportowej

ROZPOZNANIE:

..... kod ICD10

ISTOTNE DANE KLINICZNE:

.....

UWAGI:

.....

DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE

Pacjent/prawny opiekun pacjenta* wyraził świadomą zgodę na wykonanie molekularnych badań diagnostycznych mających na celu identyfikację mikroorganizmów chorobotwórczych w związku z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby. Pacjent został poinformowany o istocie podejrzewanej/ rozpoznanej choroby oraz o rodzaju i znaczeniu diagnostycznym planowanych badań dla potwierdzenia bądź ustalenia rozpoznania choroby oraz o możliwych wynikach tych badań.

Pieczęć i czytelny podpis lekarza:

Telefon:

Zakład zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału genetycznego do badań naukowych.

W przypadku niewyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

*niepotrzebne skreślić