Zakład Diagnostyki Medycznej
60-595 Poznań, Dobra 38a
biuro@zdmdobra.pl www.zdmdobra.pl
tel.(61) 66 30 781
fax (61) 66 30 780

ZLECENIE WYKONANIA BADAŃ
Pracownia Badań Molekularnych

OŚRODEK ZLECAJĄCY
(pieczęć)

Telefon: .....
Data zlecenia: .....

DANE PACJENTA

Nazwisko:
Imię:
PESEL
Data urodzenia d d m m r r r r Płeć: kobieta / mężczyzna*
Adres ..... telefon.....
.....

MATERIAŁ POBRANY DO BADANIA

Data i godzina pobrania materiału .....

Dane i podpis osoby pobierającej .....

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

RODZAJ BADANIA

SARS-CoV-2

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

Lista sprawdzająca

- ☐ **Opisz probówkę: IMIĘ, NAZWISKO, PESEL/DATA URODZENIA pacjenta, DATA i GODZINA POBRANIA**
- ☐ **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**
- ☐ **Zakręć pokrywę pojemnika plastikowego**
- ☐ **Zdezynfekuj pojemnik plastikowy**
- ☐ **Włóż pojemnik plastikowy do pojemnika styropianowego ze schłodzonym wkładem lodowym**
- ☐ **Zabezpiecz pojemnik styropianowy przed otwarciem**
- ☐ **Włóż zlecenie do koperty przytwierdzonej do pojemnika styropianowego**

UWAGA! Laboratorium przyjmuje materiał pobrany na dedykowanych wymazówkach i w opakowaniach transportowych dostarczanych przez Zakład Diagnostyki Medycznej

Materiał dostarczyć do laboratorium w czasie 24 godzin od momentu pobrania

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