



ZLECENIE NA WYKONANIE BADANIA W KIERUNKU WIRUSA GRYPY A/H1N1v  
METODĄ REAL – TIME PCR

A. 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, np. kraj narażenia/data powrotu do kraju).....

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	Data i godzina przyjęcia próbki do laboratorium
					tak – pacjent przyjmował: - oseltamivir <sup>1</sup> ..... - zanamivir <sup>2</sup> ..... - amantadynę .....	
				tak	tak- pacjent miał kontakt z osobą przyjmującą: - oseltamivir <sup>1</sup> ..... - zanamivir <sup>2</sup> ..... - amantadynę .....	
				nie	nie	

3. Termin realizacji .....

4. Dodatkowa dokumentacja\*: skierowanie od lekarza, inne: .....

5. Koszt wykonania badania – 340 PLN ( słownie: trzysta czterdzieści PLN), skalkulowany na podstawie cennika obowiązującego w WSSE w Poznaniu.

6. Forma przekazania sprawozdania z badań\*: pocztą / odbiór osobisty / faksem\*\*\*

7. Miejsce przesłania wyniku\*: zleceniodawca / inne .....

8. Informacje dotyczące zlecenia uzyskane w trakcie realizacji zlecenia posiadają klauzulę poufności.

9. Zleceniodawca nie może uczestniczyć w charakterze obserwatora przy wykonywaniu badania.

10. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do poinformowania właściwego organu kontroli w przypadku stwierdzenia w trakcie badań zagrożenia dla życia lub zdrowia.

11. Klient ma prawo do złożenia reklamacji w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania z badań.

12. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.

.....  
Zleceniodawca – data / podpis / pieczęć

.....  
Osoba przyjmująca zlecenie

Szare pola formularza są wypełniane w WSSE w Poznaniu

\* niepotrzebne skreślić

\*\* włączenie do zlecenia danych osobowych pacjenta, takich jak: imię i nazwisko, data urodzenia, nr PESEL, adres zamieszkania wynika z Ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008, Nr 234, poz. 1570) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009, 22, 128)

\*\*\* wyniki badań mogą być wysłane na wskazany nr faksu po nadesłaniu imiennego zobowiązania do ochrony przetwarzanych informacji

<sup>1</sup> nazwa handlowa leku: Tamiflu

<sup>2</sup> nazwa handlowa leku: Relenza