ZLECENIE NA BADANIA LABORATORYJNE

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Próbka 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Nazwa Klienta (1)……...

Nazwisko i imię badanego ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PESEL/Numer i seria paszportu(2) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Data urodzenia** ……..… **Płeć K** ☐ **M** ☐

Adres zamieszkania: Kod pocztowy .....… **Miejscowość** .....……..……..…

Ulica .....…… **Nr domu** .....…… **Nr mieszkania** ……...

Próbka pobrana od:		Rodzaj próbki:		Uwagi dotyczące próbki:	
zdrowego	☐	kał	☐	obecność śluzu	☐
chorego	☐	wymaz z odbytu	☐	obecność krwi	☐
ozdrowieńca	☐			inne.....	
nosiciela	☐				
osoby z kontaktu	☐				

Próbka 1 pobrana do badania w dniu: ..... godz.....
Próbka 2 pobrana do badania w dniu: ..... godz.....
Próbka 3 pobrana do badania w dniu: ..... godz.....

Osoba pobierająca próbkę/ki do badania ……..
(imię i nazwisko, wpisać tylko wtedy jeżeli inne niż badanego)

Osoba dostarczająca próbkę/ki do badania ……..……..
(imię i nazwisko, wpisać tylko wtedy jeżeli inne niż badanego)

Osoba upoważniona do odbioru sprawozdania z badań…….
(imię i nazwisko, PESEL)

DO WYKONANIA BADANIA W KIERUNKU:

NOSICIELSTWO PAŁECZEK SALMONELLA I SHIGELLA U OSÓB ZDROWYCH		WYKRYCIE PAŁECZEK SALMONELLA I SHIGELLA	

Wszystkie informacje/dane przedstawione powyżej podane są przez osobę badaną lub jego przedstawiciela.

.....…… .....…
Podpis badanego lub jego przedstawiciela Pieczątka i podpis lekarza (3)

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU LABORATORYJNEGO

1. OL/CHZ ...../...../...../2024

2. OL/CHZ ...../...../...../2024

3. OL/CHZ ...../...../...../2024
numer klienta / numer próbki / kod próbki

Próbka/ki dostarczone do badania w dniu: .....…….....… godz. .....

Stan próbki/ek: odpowiedni do badań ☐ nieodpowiedni do badań ☐

Uwagi pracownika przyjmującego próbki .....…….

……...
podpis pracownika przyjmującego próbki do badania

☐-właściwe zaznaczyć X (1)- dotyczy Klienta instytucjonalnego (2)- dotyczy obcokrajowców (3)- w przypadku badania osoby chorej