Centrum Onkologii
im. Prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy
ul. Dr I. Romanowskiej 2,
85-796 Bydgoszcz,
Tel.: 52 374 30 00

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU MIKROBIOLOGII

(pacjent indywidualny)

DANE PACJENTA

ID ☐☐☐☐☐☐☐

IMIĘ I NAZWISKO: ……..……

Płeć: K ☐ M ☐ PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data urodzenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
DZIEŃ MIESIĄC ROK

ADRES kontaktowy:
ul.……nr …… kod pocztowy, miejscowość ……..

ZLECONE BADANIE (właściwe zaznaczyć)

□ mocz/ Posiew **moczu** wg J-203-101, ed. 11 z 14.06.2023
□ kał/ Wykrywanie obecności ***Clostridioides difficile***, dehydrogenazy glutaminianowej, toksyn A/B wg J-203-147, ed. 8 z dnia 14.06.2023
□ nasienie/ Posiew **nasienia** wg J-203-139, ed. 5 z 15.10.2020
□ plwocina/ Posiew **plwociny** wg J-203-148, ed. 5 z 14.06.2023
□ krew/ Wykrywanie **HBs Ag** w surowicy wg J-203-172-901, ed. 2 z 14.06.2023
□ krew/ Wykrywanie przeciwciał **anty-HCV** w surowicy wg J-203-172-902, ed. 1 z 26.06.2019
□ krew/ Wykrywanie przeciwciał **anty HBc-total** w surowicy wg J-203-172-903, ed. 2 z 08.02.2021

□ Inne ……

Osoba zlecająca …….

Odbiorca raportu (zaznaczyć): □ pacjent □ osoba upoważniona

DANE pobrania PRÓBKI

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Godz. ☐☐ : ☐☐ Osoby pobierająca ……
DZIEŃ MIESIĄC ROK

DANE przyjęcia PRÓBKI

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Godz. ☐☐ : ☐☐
DZIEŃ MIESIĄC ROK

OCENA PRÓBKI (zaznaczyć): □ zgodna □ niezgodna
□ błąd nr błędu przedlaboratoryjnego ……
□ próbka odrzucona

kod próbki ☐ nr badania ☐

Osoba przyjmująca/oceniająca ……

Klient ma prawo złożenia skargi w terminie 14 dni od daty otrzymania raportu