



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. 14 z 24.10.2024  
 kał/ Wykrywanie obecności ***Clostridioides difficile***, dehydrogenazy glutaminianowej, toksyn A/B wg J-203-147, ed. 11 z 24.10.2024  
 nasienie/ Posiew **nasienia** wg J-203-139, ed. 6 z 01.04.2024  
 płwocina/ Posiew **plwociny** wg J-203-148, ed. 6 z 01.04.2024  
 krew/ Wykrywanie **HBs Ag** w surowicy wg J-203-172-901, ed. 4 z 07.10.2024  
 krew/ Wykrywanie przeciwciał **anty-HCV** w surowicy wg J-203-172-902, ed. 3 z 07.10.2024  
 krew/ Wykrywanie przeciwciał **anty HBe-total** w surowicy wg J-203-172-903, ed. 4 z 07.10.2024  
 Inne .....

**Informacje medyczne udzielane przez pacjenta w celu wykonania badania i interpretacji wyniku** (np. choroby, infekcje, stosowane antybiotyki, pobyt w szpitalu, pobyt za granicą):

Osoba zlecająca .....

Odbiorca raportu (zaznaczyć):  pacjent  osoba upoważniona

### DANE pobrania PRÓBKII

Data  Godz.  :  Osoby pobierająca .....

### DANE przyjęcia PRÓBKII

Data  Godz.  :

OCENA PRÓBKII (zaznaczyć):  zgodna  niezgodna  
 błąd nr błędu przedlaboratoryjnego .....  
 próbka odrzucona

kod próbki  nr badania

Osoba przyjmująca/oceniająca .....

W przypadku wykrycia/ wyizolowania biologicznego czynnika chorobotwórczego objętego rejestracją informacja zostanie przekazana do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy (Dz. U. 2020 poz. 1118)