SZPITAL POWIATOWY W CHRZANOWIE

ZLECENIE NA BADANIE MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO W KIERUNKU ZAKAŻENIA WIRUSEM SARS-CoV-2

Nr..... data.....

Zleceniodawca:.....
(podać dane jednostki zlecającej badanie w tym: Oddział szpitalny/adres miejsca przesłania wyniku badania/ numer telefonu/nr NIP)

.....

Adres mailowy, pod który należy przesłać wynik badania: .....

Zleceniobiorca:

Dane badanego (proszę wypełnić drukowanymi literami) telefon kontaktowy.....

Imię i Nazwisko:.....

Data urodzenia:.....**Płeć*: K/M** **PESEL:**.....
Numer identyfikacyjny pacjenta (paszport dla obcokrajowca lub inny dokument tożsamości podawany w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Miejsce zamieszkania: kod..... Miejscowość .....

Ulica.....Nr domu.....Nr mieszkania.....

Rozpoznanie/ istotne dane kliniczne badanego:

.....

Rodzaj materiału:.....**Data/godzina pobrania materiału:**.....

Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał:.....

Zleceniodawca został poinformowany przez Zleceniobiorcę, że:
1 . Laboratorium ponosi odpowiedzialność TYLKO za etap analityczny badania.
2 . Przetwarzanie danych osobowych przez Zleceniobiorcę jest zgodne z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych.
3 . Termin realizacji zlecenia wynika z zastosowania metodyki badawczej i został uzgodniony przez Strony.

Zleceniodawca oświadcza, że:
1 . Zapoznał się z wytycznymi i bierze pełną odpowiedzialność za sposób pobrania, przechowywania i transport próbek do badań.
2 . Zapoznał się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do przedmiotowego zlecenia.
3 . Podane dane są zgodne z prawdą.

UZASADNIENIE WYKONANIA BADANIA:

- ☐ Ostra infekcja dróg oddechowych o nagłym początku i przynajmniej jednym z objawów: kaszel, gorączka, duszność
- ☐ Ciężki infekcja układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii mogącej tłumaczyć obraz kliniczny
- ☐ Nagły stan zagrożenia życia lub zdrowia z objawami niewydolności oddechowej
- ☐ Bliski kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19 w ostatnich 14 dniach
- ☐ Czynny zawodowo przedstawiciel zawodów medycznych mogący mieć kontakt z osobą zakażoną podczas wykonywania obowiązków zawodowych , u którego wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny
- ☐ Inne na podstawie obowiązujących zaleceń i rekomendacji Ministerstwa Zdrowia, właściwych Krajowych Konsultantów w danej dziedzinie Medycyny, Głównego Inspektora Sanitarnego.

Uwagi:.....

.....
Podpis/pieczęć Zakładu lub osoby działającej w jego imieniu

Część zlecenia wypełniana przez Laboratorium:

Ocena próbki:.....(P-próbka odpowiednia do wykonania, N-próbka nieodpowiednia do wykonania)

Kod próbki:.....

Data i godzina przyjęcia próbki:..... Próbkę przyjął:.....