

ZLECENIE nr/..... w NIZP - PZH
Nazwa/symbol laboratorium: Laboratorium Zakładu Badania Wirusów Grypy/LEI

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).....

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	Oczekiwany kierunek badania**	Data i godzina przyjęcia próbki (wypełnia PPM w NIZP - PZH)
				tak	tak - pacjent przyjmował: - oseltamivir ¹ - zanamivir ² - amantadynę..... tak - pacjent miał kontakt z osobą przyjmującą: - oseltamivir ¹ - zanamivir ² - amantadynę.....	Poz. nr	
				nie	nie		

3. Tryb wykonania badania: cito / zwykły*
4. Dodatkowa dokumentacja*: skierowanie od lekarza, inne:.....
5. Próbki po badaniu do dyspozycji Laboratorium: tak / nie*
6. Przekazanie sprawozdania z badań*: faksem*** / pocztą / odbiór osobisty
7. Miejsce przesłania wyniku*: instytucja / pacjent / inne
8. Klient ma prawo uczestniczyć w badaniu jako obserwator z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z przepisów o hermetyzacji laboratorium (Rozporządzenie Ministra Środowiska z 29 listopada 2002r. - Dz. U. 02.212.1798 z 16 grudnia 2002r.).
9. Klient ma prawo do złożenia skargi w ciągu 14 dni od daty otrzymania sprawozdania.
10. Klient wyraża /nie wyraża* zgody na wykorzystanie wyników do celów opracowań syntetycznych.
11. Zmiana treści zlecenia wymaga formy pisemnej.
12. Klient zgadza się na przetwarzanie swoich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zlecenia zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2002 Nr 101, poz. 926).

.....

.....

Klient - data/podpis

Główny Księgowy - data/podpis (dla Klientów instytucjonalnych)

..... Osoba przyjmująca zlecenie data/podpis (wypełnia PPM w NIZP - PZH) Osoba dokonująca przeglądu zlecenia data/podpis (wypełnia NIZP - PZH)	Rezultat przeglądu (wypełnia laboratorium w NIZP - PZH) pozytywny / negatywny *
---	--	---

Szare pola formularza są wypełniane w NIZP - PZH

* niepotrzebne skreślić ** wpisać nr pozycji, wg Cennika Badań Diagnostycznych LEI w NIZP-PZH

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

¹ nazwa handlowa leku: Tamiflu ² nazwa handlowa leku: Relenza