

**Zlecenie badania laboratoryjnego
w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym**

**Nr zlecenia
kod kreskowy:**

Dane pacjenta (proszę wypełnić **drukowanymi literami**)

Imię:		Nazwisko:										
Data urodzenia:		PESEL:*								Płeć:	K	M

(dzień/ miesiąc/ rok)

*W przypadku braku nr PESEL lub innych wymagań, np. przy przekroczeniu granicy, nazwa i nr innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Rodzaj dokumentu:			Nr:									
Obywatelstwo:												
Adres zamieszkania:	Kod pocztowy:	- - - - -	Miejscowość:									
	Ulica i nr domu/mieszkania:											
Dane kontaktowe:	Tel.:											

Uzupełnienie powyższych danych jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia na badania diagnostyczne. Opracowano na podstawie aktualnego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych oraz innych przepisów z zakresu dokumentacji medycznej.

1. Zleceniodawca: pacjent / opiekun prawny pracodawca placówka med./ lekarz
(dane do faktury – nazwa firmy, dane zleceniodawcy indywidualnego)

Nazwa:

NIP:

Tel/ e-mail:

Pieczętka imienna lekarza
zlecającego badanie

2. Rodzaj zleconego badania (proszę wybór zaznaczyć X)

- SARS-CoV-2 Antygen** – szybki test jakościowy
- Przeciwciała IgG anty SARS-CoV-2** – oznaczenie ilościowe

Oferta badań - przeciwciała IgG anty SARS-CoV-2			
Indywidualny <input type="checkbox"/>	Oferta specjalna <input type="checkbox"/>	Pakiet - 2 badania <input type="checkbox"/>	Pakiet - 3 badania <input type="checkbox"/>

Test RT-qPCR SARS-CoV-2 – badanie genetyczne PCR

Oferta badań - test RT-qPCR SARS-CoV-2			
Indywidualny <input type="checkbox"/>	Rodzina 2+1 <input type="checkbox"/>	Rodzina 2+2 <input type="checkbox"/>	Grupa ___ osobowa <input type="checkbox"/>

3. Uwagi:

Tryb wykonania: <input type="checkbox"/> CITO / <input type="checkbox"/> STANDARD	Wynik w języku angielskim <input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
Faktura VAT** <input type="checkbox"/>	Faktura imienna** <input type="checkbox"/>
Paragon <input type="checkbox"/>	

**dane do faktury należy umieścić w pkt 1 formularza jako zleceniodawca

4. Istotne dane kliniczne pacjenta:

Występujące choroby przewlekłe:

Leki stale przyjmowane:

5. Badanie w kierunku chorób infekcyjnych:

Czy występują u pacjenta objawy zakażenia? TAK / NIE

Rodzaj objawów, data wystąpienia:

.....

Oświadczenia niezbędne do realizacji badania

TAK / NIE Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. ochrony danych osobowych na potrzeby zlecenia badań, przekazaną mi przez Medyczne Laboratorium Diagnostyczne przy przyjmowaniu zlecenia badań. Potwierdzam, że wiem, iż z tą samą klauzulą mogę zapoznać się w każdym czasie zdalnie poprzez stronę internetową www.port.org.pl/pl/dane-osobowe/

TAK / NIE/ NIE DOTYCZY W przypadku badań metodą PCR, wyrażam zgodę na izolację materiału genetycznego i wykonanie zaznaczonego na skierowaniu badania molekularnego w celu diagnostycznym. Uzyskałem informacje o znaczeniu diagnostycznym zleconego badania. Brak zgody może spowodować niemożliwość realizacji badania.

TAK / NIE Wyrażam zgodę na pobranie materiału (wymazu, krwi), celem realizacji zaznaczonego badania diagnostycznego i zostałem poinformowany o sposobie pobrania.

TAK / NIE Jestem zainteresowany/a udziałem w przyszłości w projektach badawczych, mających na celu rozszerzenie wiedzy na temat podłoża chorób. Wyrażam zgodę na kontakt ze mną przedstawiciela Sieci Badawczej Łukasiewicz PORT, celem przedstawienia warunków udziału w przyszłych badaniach naukowych.

Pacjent ma prawo złożyć reklamację, mailowo lub telefonicznie na sposób realizacji zlecenia do 14 dni od momentu otrzymania sprawozdania. Szczegóły dostępne na stronie internetowej Łukasiewicz - PORT www.port.org.pl. W przypadku osób poniżej 16 roku życia zgodę udziela przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny, pomiędzy 16 a 18 rokiem życia ta osoba i/lub przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny, powyżej 18 roku życia - sam pacjent.

**Przedstawiciel ustawowy/
opiekun faktyczny:**

.....
(data, czytelny podpis, imię i nazwisko)

Pacjent:

.....
(data, czytelny podpis, imię i nazwisko)

Wypełnia pracownik Punktu Pobrań

Rodzaj pobranego materiału:

wymaz, miejsce pobrania: Wymaz z gardła i nosa/ wymaz z nosogardzieli

krew pełna: osocze, surowica

inny:

Data i godzina pobrania materiału do badania: __ / __ / ____ __ : __

.....

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:

Wypełnia pracownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego

Materiał przydatny do badania TAK / NIE z powodu:

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium: __ / __ / ____ __ : __

Uwagi:

Pracownik Laboratorium:
(podpis)