


Dane jednostki zlecającej badanie - oddział Pieczęćka		Laboratorium Mikrobiologiczne SPS ZOZ „Zdroje” 70-780 Szczecin ul. Mączna 4 tel.: 091 8806-320; 091 8806-570
--	---	---

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA (DRUKOWANYMI LITERAMI)


Nazwisko i imię:	Zleceniodawca/lekarz kierujący - <i>pieczęćka!</i> <i>podpis:</i>	Pobranie próbki: Data:..... Godzina:.....
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
Data urodzenia:		
Peseli:	Rozpoznanie kliniczne w języku polskim: Założone cewniki: <input type="checkbox"/> moczowy <input type="checkbox"/> naczyniowy	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> posiew w kierunku bakterii tlenowych <input type="checkbox"/> posiew w kierunku grzybów <input type="checkbox"/> badanie w kierunku Rota- i Adenowirusów <input type="checkbox"/> badanie w kierunku GBS <input type="checkbox"/> badanie w kierunku nosicielstwa:..... <input type="checkbox"/> Antybiogram <input type="checkbox"/> inne.....
Adres Pacjenta		
Nazwisko i podpis osoby pobierającej próbkę/pieczęćka:	Stosowane w ostatnim tyg antybiotyki:	Rodzaj badanej próbki: <input type="checkbox"/> wymaz z nosa <input type="checkbox"/> wymaz z gardła <input type="checkbox"/> wymaz z odbytnicy <input type="checkbox"/> wymaz z ucha <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> nosiciele PMR <input type="checkbox"/> ozdrowieńca <input type="checkbox"/> krwi <input type="checkbox"/> wydzielnia oskrzelowa <input type="checkbox"/> inne.....
Miejsce przelania wyniku lub osoba upoważniona do odebrania wyniku:	Materiał pobrany od: <input type="checkbox"/> chorego <input type="checkbox"/> nosiciele <input type="checkbox"/> ozdrowieńca <input type="checkbox"/> zdrowego	

Oświadczam, że próbka została pobrana zgodnie z procedurami pobierania materiałów do badań mikrobiologicznych obowiązujących w SPS ZOZ „ZDROJE”
Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania:

Miejscowość/data: Podpis:

NR BADANIA: / rok

Osoba przyjmująca próbkę do badania Nazwisko i imię	Podpis	Dostarczenie próbki do laboratorium Data:..... Godzina:.....
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z procedurami transportu próbki <input type="checkbox"/> inny (jak).....		Próbkę pobrano w ramach: <input type="checkbox"/> Badania szpitalnego <input type="checkbox"/> Badania prywatnego <input type="checkbox"/> Na zlecenie.....

Dane jednostki zlecającej badanie - oddział Pieczęćka		Laboratorium Mikrobiologiczne SPS ZOZ „Zdroje” 70-780 Szczecin ul. Mączna 4 tel.: 091 8806-320; 091 8806-570
--	---	---

ZLECENIE NA BADANIE MIKROBIOLOGICZNE

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA (DRUKOWANYMI LITERAMI)

Nazwisko i imię:	Zleceniodawca/lekarz kierujący - <i>pieczęćka!</i> <i>podpis:</i>	Pobranie próbki: Data:..... Godzina:.....
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		
Data urodzenia:		
Peseli:	Rozpoznanie kliniczne w języku polskim: Założone cewniki: <input type="checkbox"/> moczowy <input type="checkbox"/> naczyniowy	Kierunek badania: <input type="checkbox"/> posiew w kierunku bakterii tlenowych <input type="checkbox"/> posiew w kierunku grzybów <input type="checkbox"/> badanie w kierunku Rota- i Adenowirusów <input type="checkbox"/> badanie w kierunku GBS <input type="checkbox"/> badanie w kierunku nosicielstwa:..... <input type="checkbox"/> Antybiogram <input type="checkbox"/> inne.....
Adres Pacjenta		
Nazwisko i podpis osoby pobierającej próbkę/pieczęćka:	Stosowane w ostatnim tyg antybiotyki:	Rodzaj badanej próbki: <input type="checkbox"/> wymaz z nosa <input type="checkbox"/> wymaz z gardła <input type="checkbox"/> wymaz z odbytnicy <input type="checkbox"/> wymaz z ucha <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> nosiciele PMR <input type="checkbox"/> ozdrowieńca <input type="checkbox"/> krwi <input type="checkbox"/> wydzielnia oskrzelowa <input type="checkbox"/> inne.....
Miejsce przelania wyniku lub osoba upoważniona do odebrania wyniku:	Materiał pobrany od: <input type="checkbox"/> chorego <input type="checkbox"/> nosiciele <input type="checkbox"/> ozdrowieńca <input type="checkbox"/> zdrowego	

Oświadczam, że próbka została pobrana zgodnie z procedurami pobierania materiałów do badań mikrobiologicznych obowiązujących w SPS ZOZ „ZDROJE”
Wyrażam zgodę na otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania:

Miejscowość/data: Podpis:

NR BADANIA: / rok

Osoba przyjmująca próbkę do badania Nazwisko i imię	Podpis	Dostarczenie próbki do laboratorium Data:..... Godzina:.....
Stan próbki: <input type="checkbox"/> zgodny z procedurami transportu próbki <input type="checkbox"/> inny (jak).....		Próbkę pobrano w ramach: <input type="checkbox"/> Badania szpitalnego <input type="checkbox"/> Badania prywatnego <input type="checkbox"/> Na zlecenie.....