

KOD próbki: NIL -

ZLECENIE BADANIA REFERENCYJNEGO - MATERIAŁ KLINICZNY NA BADANIE PCR

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko / inicjały		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
PESEL	Miejsce hospitalizacji (szpital, oddział, adres)	
Data urodzenia		
Data wystąpienia objawów		
Data przyjęcia do szpitala		

2. DIAGNOZA

3. EFEKTY LECZENIA

<input type="checkbox"/> ZOMR*	<input type="checkbox"/> zapalenie płuc	<input type="checkbox"/> w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/> zgon, data
<input type="checkbox"/> sepsa	<input type="checkbox"/> niezbyt żołądkowo-jelitowy	<input type="checkbox"/> wyleczenie	_____
<input type="checkbox"/> inna, jaka? _____		<input type="checkbox"/> powikłania, jakie? _____	

4. SZCZEPIENIA

szczepienie przeciw	rodzaj szczepionki	liczba dawek/daty
<i>S. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> PCV10 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PCV15 <input type="checkbox"/> PCV20 <input type="checkbox"/> PPV23	
<i>H. influenzae</i> typ b <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> monowalentna <input type="checkbox"/> skojarzona	
<i>N. meningitidis</i> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK	przeciw serogroupom: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ACWY	

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRÓBKBI BIOLOGICZNEJ

rodzaj materiału	data i godzina pobrania próbki
<input type="checkbox"/> PMR** <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> surowica	
<input type="checkbox"/> płyn z opłucnej <input type="checkbox"/> inny materiał, jaki? _____	_____ : _____
wygląd PMR	wynik preparatu bezpośredniego PMR barwionego metodą Grama
<input type="checkbox"/> przejrzysty <input type="checkbox"/> mętny (ropny) <input type="checkbox"/> krwawy	
stężenie	pleocytoza
CRP (mg/L): _____	całkowita: _____
prokalcytoniny (ng/ml): _____	komórki wielojądrzaste (%): _____
glukozy (mg/dl): _____	limfocyty (%): _____
białka (mg/dl): _____	komórki jednojądrzaste (%): _____
panel syndromiczny	test lateksowy
<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK wynik: <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK wynik: <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni
gatunek: _____	gatunek: _____
serogrupa/serotyp: _____	serogrupa/serotyp: _____

6. INFORMACJE DODATKOWE**7. DANE ZLECENIODAWCY BADANIA REFERENCYJNEGO**

Nazwa, adres, telefon, fax, e-mail

Pieczęćka i podpis kierownika laboratorium, lekarza lub osoby upoważnionej

data

Próbkę do wysyłki przygotował (imię i nazwisko)

podpis

POLA WYPEŁNIA KOROUN**KOD przesyłki: P - _ _ _ _ - _ _**data i godzina dostarczenia
próbki do KOROUN

przeгляд zlecenia

przeгляд jakości próbki

próbkę przyjął i ocenił