

.....
Pieczęć Udzielającego zamówienie, nr telefonu

**ZLECENIE NA BADANIE W KIERUNKU MIKOLOGICZNYM/
W KIERUNKU DERMATOFITÓW¹**

.....
Nazwisko i imię

.....
Data urodzenia

Płeć: K / M

.....
Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica, nr domu, gmina)

PESELnarodowość.....nr kartoteki.....

Inne dane kliniczne
Objawy kliniczne, choroby towarzyszące, stosowane antybiotyki, itp.

²Rodzaj materiału:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> krew z obwodu | <input type="checkbox"/> mocz | <input type="checkbox"/> zeszkrobiny z paznokci stóp |
| <input type="checkbox"/> krew z wkłucia centralnego | <input type="checkbox"/> kał | <input type="checkbox"/> zeszkrobiny z paznokci rąk |
| <input type="checkbox"/> płwocina | <input type="checkbox"/> wymaz z rany | <input type="checkbox"/> przestrzenie międzypalcowe |
| <input type="checkbox"/> wydzielina oskrzelowa | <input type="checkbox"/> wymaz z gardła | <input type="checkbox"/> zeszkrobiny ze skóry stóp |
| <input type="checkbox"/> BAL | <input type="checkbox"/> wymaz z j.ustnej | <input type="checkbox"/> zeszkrobiny ze skóry rąk |
| <input type="checkbox"/> aspirat tchawiczy | <input type="checkbox"/> wymaz z nosa | <input type="checkbox"/> zeszkrobiny z owłosionej skóry |
| <input type="checkbox"/> płyn z opłucnej | <input type="checkbox"/> wymaz z odbytu | <input type="checkbox"/> zeszkrobiny ze skóry gładkiej |
| <input type="checkbox"/> płyn z osierdzia | | |
| <input type="checkbox"/> płyn z otrzewnej | | |
| <input type="checkbox"/> inne: | | |

Data i godzina pobrania materiału

Dane osoby pobierającej materiał

Dane osoby upoważnionej do odbioru wyników

Jeśli nie mają być dostarczone do Zleceniodawcy

Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

.....
Pieczęć i podpis osoby reprezentującej Udzielającego zamówienie

¹niepotrzebne skreślić

²proszę zaznaczyć X