

.....
Pieczęć Udzielającego zamówienie, nr telefonu

ZLECENIE NA BADANIE W KIERUNKU GRUŻLICY

..... Płeć: K / M
Nazwisko i imię **Data urodzenia**

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

PESELnarodowość.....nr kartoteki.....

Inne dane kliniczne
Objawy kliniczne, choroby towarzyszące, stosowane antybiotyki, gruźlica w wywiadzie, itp.

METODA BADANIA *

- Badanie mikrobiologiczne w kierunku gruźlicy
- Wykrywanie materiału genetycznego + badanie mikrobiologiczne w kierunku gruźlicy
- Wykrywanie materiału genetycznego (CITO) + badanie mikrobiologiczne w kierunku gruźlicy
- Wykrywanie latentnego zakażenia prątkiem gruźlicy
 - T-SPOT.TB
 - QuantiFERON

CEL BADANIA *

- Potwierdzenie gruźlicy
- Wykluczenie gruźlicy
- Kontrola podczas leczenia
- Potwierdzenie/wykluczenie zakażenia

Sposób pobrania i transportu materiału

Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania materiału	Dane osoby pobierającej materiał	Badanie QuantiFERON	
			<input type="checkbox"/> Krew nieinkubowana	<input type="checkbox"/> Krew inkubowana

- W przypadku niezaznaczenia metody badania, wyboru dokona diagnosta w oparciu o dane kliniczne i rodzaj materiału
- Z wszystkich próbek będzie wykonane badanie bakterioskopowe AFB (wyjątek: krew)
- W przypadku dodatniej hodowli zostanie wykonana identyfikacja gatunkowa i lekowrażliwość

Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

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

***Proszę zaznaczyć X**