

Data: _____ - _____ - 20____ r.

Pieczęć jednostki zlecającej badanie

SKIEROWANIE NA BADANIE W KIERUNKU INFЕКCJI UKŁADU ODDECHOWEGO

do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc,

01-138 WARSZAWA, ul. Płocka 26

tel. (22) 43-12-105, -158; fax. (22) 43-12-358

e-mail: immuno@igichp.edu.pl

Podstawą do wykonania badania jest kompletne i czytelnie wypełnione skierowanie

Nazwisko i imiona Pacjenta

Adres zamieszkania Pacjenta/
oddział szpitalny

Data urodzenia: _____ - _____ - _____

PESEL

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

płeć*

 K MRozpoznanie kliniczne oraz
informacje dodatkowe

Nr	Rodzaj badania*:		Materiał*
1	<input type="checkbox"/>	Wykrywanie obecności wirusa grypy typu A i podtypu AH1N1/pdm09 oraz grypy typu B, met. Real-time PCR	<input type="checkbox"/> wymaz z nosogardła
2	<input type="checkbox"/>	Wykrywanie i identyfikacja 20 patogenów oddechowych: adenowirus (HAdV), koronawirus (229E, HKU1, NL63, OC43), ludzki metapneumowirus (HMPV), wirus grypy typu A (podtyp: H1, H3, 2009 H1), wirus grypy typu B, wirus paragrypy typu 1, 2, 3, 4, enterowirus, rinowirus (HRV), syncytialny wirus oddechowy (RSV); <i>Bordetella pertussis</i> , <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , met. multiplex PCR	<input type="checkbox"/> wymaz z nosogardła
3	<input type="checkbox"/>	Wykrywanie antygeny pp65 wirusa cytomegalii (CMV), met. immunofluorescencji pośredniej**	<input type="checkbox"/> krew EDTA
4	<input type="checkbox"/>	Wykrywanie obecności materiału genetycznego (sekwencji genu kodującego białko ppUL83 (pp65) wirusa cytomegalii (CMV), met. Real-time PCR	<input type="checkbox"/> krew EDTA <input type="checkbox"/> osocze <input type="checkbox"/> płyn z BAL <input type="checkbox"/> moczu
5	<input type="checkbox"/>	Wykrywanie obecności oocyst <i>Pneumocystis jirovecii</i> , met. immunofluorescencji pośredniej	<input type="checkbox"/> płwocina
6	<input type="checkbox"/>	Wykrywanie obecności materiału genetycznego <i>Pneumocystis jirovecii</i> , met. Real-time PCR	<input type="checkbox"/> płyn z BAL

*zaznaczyć właściwe, ** WYKONYWANE W DNIU POBRANIA MATERIAŁU

Data i godzina pobrania materiału

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał kliniczny

Data i godzina przyjęcia materiału w ZGIK

Miejsce przesłania wyniku badań (jeżeli miejsce przesłania wyniku jest inne niż adres jednostki kierującej) lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badań: imię i nazwisko oraz rodzaj i nr dokumentu tożsamości

Dane kontaktowe lekarza zlecającego badanie:

Tel: _____

Fax: _____

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie

Pieczęć i podpis osoby reprezentującej Udzielającego zamówienia

Materiał do badań przyjmowany jest od poniedziałku do piątku: badanie nr 3 - w godz. 8⁰⁰-11⁰⁰, pozostałe badania: 8⁰⁰-15⁰⁰,
Materiał należy dostarczać do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej IGIChP, mieszczącego się na IV piętrze

(nad Przychodnią Przyklinikzną)

Kontakt: (22) 43-12-359, -105; dr n. med. Adriana Roży, mgr Katarzyna Duk, mgr Aneta Zdrał, mgr Katarzyna Siewiera