

**ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO
DO PRACOWNI WIRUSOLOGII KLINICZNEJ
Zakład Wirusologii IHiT
00-957 Warszawa ul. Chocimska 5, tel. 22 34 96 644; fax 22 34 96 603**



Data

Zleceniodawca (pieczęć), adres, oddział, tel., fax

Nazwisko i imię pacjenta

Płeć: K M

PESEL

Data urodzenia

lub inny numer identyfikacyjny pacjenta.....

Miejsce zamieszkania/oddział szpitalny

Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku:

Istotne dane kliniczne pacjenta

Rodzaj materiału: krew na EDTA osocze PMR mocz
 krew na skrzep surowica BAL inne:

Zlecone badania serologiczne

Zlecone badania molekularne

HBs Ag normalny
anty-HCV normalny
HIV Ag/Ab normalny
anty-Treponema pallidum normalny
anty-CMV IgM normalny
anty-CMV IgG normalny
anty-Toxo IgM normalny
anty-Toxo IgG normalny
anty-HBc total normalny cito
anty-HBc IgM normalny cito
anty-HBs normalny
anty-EBV IgM normalny
anty-EBV IgG normalny
anty-EBV EBNA IgG normalny
anty-B19V IgM normalny cito
anty-B19V IgG normalny cito
HBe Ag normalny cito
anty-HBe normalny cito
anty-HTLV I/II normalny cito
anty-HAV IgG normalny
anty-HAV IgM normalny

DNA CMV ilościowo normalny cito
DNA EBV ilościowo normalny cito
DNA B19V ilościowo normalny cito
DNA BKV półilościowo normalny
RNA HEV ilościowo normalny

Dane osoby kierującej na badania (pieczętka i podpis)

Data pobrania materiału/...../..... godzina Osoba pobierająca

Data przyjęcia materiału/...../..... godzina Osoba przyjmująca

Pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej finansowo

.....
(pieczętka i podpis)