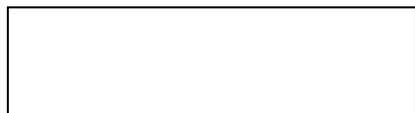


**ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO
DO PRACOWNI WIRUSOLOGII KLINICZNEJ**

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 płyn mózgowo-rdzeniowy mocz
 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

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)