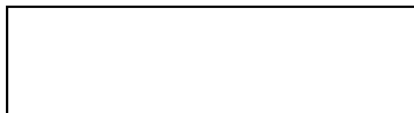


**ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO
DO PRACOWNI BADAŃ WERYFIKACYJNYCH**

Zakład Wirusologii IHiT

00-957 Warszawa ul. Chocimska 5, tel. 22 34 96 662; fax 22 34 96 603



Data

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

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL

lub inny numer identyfikacyjny pacjenta

Płeć: K M

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania/oddział szpitalny

Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku:

Istotne dane kliniczne pacjenta

Rodzaj materiału: krew na EDTA

surowica

Zlecone badania serologiczne

Test kiłowy TPHA normalny

Badanie WB HIV normalny

Badanie WB HCV normalny

Badanie WB Treponema normalny

Zlecone badania molekularne

DNA HBV RT-PCR jakościowo normalny cito

RNA HCV RT-PCR jakościowo normalny cito

RNA HIV RT-PCR jakościowo normalny cito

RNA HCV+ RNA HIV+ DNA HBV jakościowo metodą TMA (dawcy i biorcy szpiku) normalny

Dane osoby kierującej na badania (pieczętka i podpis)

Data pobrania materiału godzina : Osoba pobierająca

Data przyjęcia materiału godzina : Osoba pobierająca

Pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej finansowo

Badane są jedynie prawidłowo pobrane próbki, przesłane wraz z kompletnie wypełnionym skierowaniem.