



FORMULARZ ZLECENIA BADANIA

SARS-CoV-2

Wypełnia zleceniodawca (dokładne wypełnienie formularza jest niezbędne do przyjęcia zlecenia)

Dane pacjenta	Dane jednostki kierującej																						
<p>Imię:</p> <p>Nazwisko:</p> <p>Obywatelstwo:</p> <p>Data urodzenia:</p> <table border="1"><tr><td colspan="2">Dzień</td><td colspan="2">Miesiąc</td><td colspan="2">Rok</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>PESEL:</p> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <p>W przypadku braku numeru PESEL: seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość</p> <p>.....</p> <p>Adres kontaktowy</p> <p>.....</p> <p>Adres e-mail:</p> <p>Telefon:.....</p>	Dzień		Miesiąc		Rok																		<p>Ośrodek kierujący (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP:.....</p> <p>Telefon kontaktowy:</p> <p>Informacje o materiale do badań</p> <p>Rodzaj materiału (wybrać właściwy)</p> <p><input type="checkbox"/> Ślina <input type="checkbox"/> Krew</p> <p><input type="checkbox"/> Wymaz z nosogardzieli</p> <p>Inny:</p> <p>Data i godzina pobrania materiału do badań:</p> <p>Czytelny podpis osoby pobierającej materiał do badań:</p> <p><i>UWAGA: wszystkie zebrane próbki należy uznać za potencjalnie zakaźne!</i></p>
Dzień		Miesiąc		Rok																			
<p align="center">BADANIE (należy wybrać właściwe)</p> <p><input type="checkbox"/> Identyfikacja RNA koronawirusa SARS-CoV-2 metodą RT-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> Obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 metodą chromatograficzną</p> <p><input type="checkbox"/> Obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 metodą ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> Identyfikacja antygenu SARS-CoV-2 metodą chromatograficzną (szybki test kasetkowy)</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie odpowiedzi komórkowej zależnej od limfocytów T (test IGRA)</p> <p>Status priorytetowy (cito): <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>																							
<p align="center">Istotne dane kliniczne pacjenta</p> <p>Data prawdopodobnego kontaktu z koronawirusem SARS-CoV-2 (jeśli dotyczy)</p>																							
<p align="center">Sposób odbioru wyniku</p> <p><input type="checkbox"/> Odbiór wyniku w wersji elektronicznej</p> <p><input type="checkbox"/> Odbiór osobisty w laboratorium</p> <p><input type="checkbox"/> Przesłanie wyniku w postaci papierowej</p> <p>Wynik zwyczajowo wysyłany jest do jednostki kierującej. W innym przypadku proszę o podanie właściwych danych adresowych:</p>	<p align="center">Informacje do faktury jeśli inne niż jednostki kierującej na badanie</p> <p>Nazwisko i imię/ nazwa jednostki kierującej (czytelna pieczęć lub pełna nazwa, adres, telefon)</p> <p>NIP:.....</p>																						

Oświadczenia pacjenta:

- ✓ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w formularzu w celu realizacji zlecenia, zgodnie z Rozporz. PE i Rady UE z dnia 24 maja 2018 r (art. 9 ust. 2 lit. A RODO).
- ✓ Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w związku z działaniami w ramach systemu zapewnienia jakości (wyrażenie opinii na temat wykonywanych badań/ obsługi klienta itp.) Tak Nie

.....
data i podpis