



FORMULARZ ZLECENIA BADANIA
w kierunku infekcji COVID-19 / odpowiedzi immunologicznej na Sars-CoV-2

DANE PACJENTA												DANE JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ LUB LEKARZA KIERUJĄCEGO	
Imię:												Pieczęć lub pełna nazwa	
Nazwisko:													
Data urodzenia:		-		-									
Pesel:													
Płeć (zaznaczyć X)	mężczyzna	<input type="checkbox"/>											
	kobieta	<input type="checkbox"/>											
Obywatelstwo:													
Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość przy braku nr PESEL:													
Nr Paszportu <u>lub</u> Nr Dowodu osobistego:													
Adres korespondencyjny:													
Telefon kontaktowy:													
Adres e-mail:													

RODZAJ ZLECANEGO BADANIA

- Identyfikacja RNA koronawirusa SARS-CoV-2 metodą RT-PCR
- Obecność antygeny SARS-CoV-2 metodą immunochromatograficzną
- Odpowiedź immunologiczna na SARS-CoV-2: obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 w klasie IgG - metoda ELISA (ilościowo)
- Odpowiedź immunologiczna na SARS-CoV-2: obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 - metoda immunochromatograficzna (jakościowo)
- Odpowiedź immunologiczna na SARS-CoV-2 zależna od limfocytów T - test IGRA
- Kompleksowe badanie odpowiedzi immunologicznej na SARS-CoV-2 – pakiet badań: odpowiedź zależna od limfocytów T: test IGRA + obecność przeciwciał przeciwko SARS-CoV-2 w klasie IgG: metoda ELISA

RODZAJ MATERIAŁU

- wymaz z nosogardzieli krew ślina

Data i godzina pobrania próbki:.....

Osoba pobierająca materiał:.....

SPOSÓB ODBIORU WYNIKU

- wynik w postaci elektronicznej pobierany z platformy eLaborat
- wynik w postaci papierowej wysyłany pod adres korespondencyjny
- odbiór osobisty w laboratorium

Oświadczenie pacjenta

Wyrażam zgodę na przechowywanie pobranego ode mnie materiału biologicznego po zakończeniu badań diagnostycznych.

Tak Nie

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie pobranego ode mnie materiału biologicznego do badań edukacyjnych i/lub naukowych mających na celu rozszerzenie wiedzy, i/lub do badań służących doskonaleniu laboratoryjnych badań diagnostycznych, z zachowaniem warunków anonimowości.

Tak Nie

Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w sprawie dalszych badań diagnostycznych i naukowych.

Tak Nie

Udzielam BORLAMED MLD zgodę na kontaktowanie się ze mną w przyszłości w związku z prowadzonymi działaniami w ramach systemu zapewnienia jakości (wyrażenie opinii na temat wykonywanych badań/ obsługi klienta itp.)

Tak Nie

Zostałam/-em poinformowana/-y o konieczności przetwarzania moich danych osobowych w związku z wykonaniem diagnostyki genetycznej. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie do wyżej wymienionych celów przez BORLAMED MLD, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.U.E.L.2016.119.1).

Tak Nie

.....
data

.....
podpis pacjenta lub rodzica lub opiekuna prawnego

Faktura:

Paragon

Proszę wybrać język: polski angielski