



**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:	- - (DD-MM-RRRR)	
PESEL:		
Płeć (zaznaczyć X)	mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/>	
Obywatelstwo:		
Nr Paszportu <u>lub</u>	<input type="checkbox"/>	Czy do wyniku dołączyć kod QR? (20 zł)
Nr Dowodu osobistego:	<input type="checkbox"/>	
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
- wynik wysłany na adres mailowy
- 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.UE.L.2016.119.1).

Tak  Nie

.....  
data

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

Faktura:

Paragon:

Gotówka:

Karta:

Dane do faktury:

NIP: .....

.....

.....

.....

.....