załącznik nr 4 do umowy

**Wojskowy Ośrodek Medycyny Prewencyjnej w Bydgoszczy**

Laboratorium Mikrobiologiczne

85 – 915 Bydgoszcz, ul. Gdańska 147

tel. 261 41 39 27, fax. 261 41 30 30

**ZLECENIE NA BADANIE PRÓBEK KAŁU/WYMAZÓW Z ODBYTU**

Dane JW. lub instytucji zlecającej badanie:\*

…………………………………………………

…………………………………………………

Imię i nazwisko badanego:\*……………………………………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(dd/mm/rr)

Płeć: K M

Adres badanego:\*…………………………………………………………………………………

..………………………………………………………………………………..

**Kierunek badania:**

posiew w kierunku pałeczek rodzaju *Salmonella/Shigella* – PB-01/MLM wyd. 3 z dnia 2013-08-23\*\* badanie parazytologiczne – PB-03/MLM wyd. 2 z dnia 2012-01-27\*\*

wykrywanie rotawirusów i adenowirusów - PB-05/MLM wyd. 1 z dnia 2016-12-20\*\*,

wykrywanie norowirusów - PB-05/MLM wyd. 1 z dnia 2016-12-20\*\*,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Materiał pobrany od | Zlecone badanie\*\*\* | Cel wykonania badania | Rodzaj materiału |
| chorego | próbka I | profilaktyczne | kał |
| ozdrowieńca | próbka II | ze wskazań | wymaz |
|  |  |  |
| osoby ze styczności | próbka III | epidemiologicznych |  |
| nosiciela |  |  |  |
| zdrowego |  |  |  |
| …………………………….. |  | ……… …………………………………. | |
| data pobrania próbki |  |  | osoba kierująca |

WYPEŁNIA LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNE

Data i godzina dostarczenia próbki do laboratorium:…………………………………………………..

Stan próbki przyjętej do badania: odpowiedni nieodpowiedni Kod próbki:……….../…......./………...

……..………………………………

podpis osoby przyjmującej próbkę

* wypełniać drukowanymi literami właściwe zaznaczyć
* „Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania wymieniona metodą”
* dotyczy badania w kierunku pałeczek rodzaju *Salmonella/Shigella*