

Pieczęć Zleceniodawcy	Szpital Wojewódzki w Koszalinie Zakład Mikrobiologii ul. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin	Kod kreskowy
		Numer badania

ZLECENIE NA BADANIE GENETYCZNE W KIERUNKU SARS-CoV-2 metodą real-time PCR

WYPEŁNIA ZLECENIODAWCA

Informacje o pacjencie:

Nazwisko i imię pacjenta..... Płeć: Kobieta / Mężczyzna

Data urodzenia PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

Miejsce zamieszkania
(kod, miejscowość, ulica, nr budynku i mieszkania)

Istotne dane kliniczne i epidemiologiczne:

- chory, od kiedy?
- Kwarantanna, od kiedy?
- kontakt z osobą zakażoną SARS-CoV-2, kiedy?
- inne

Rodzaj materiału:

- wymaz z nosogardła wymaz z nosa i gardła plwocina BAL aspirat tchawiczy

Data i godzina pobrania materiału

Telefon kontaktowy do osoby odpowiedzialnej za odbiór wyniku

.....
pieczęćka i podpis osoby pobierającej

.....
pieczęćka i podpis lekarza zlecającego

WYPEŁNIA LABORATORIUM

Data i godzina przyjęcia próbki do laboratorium

Osoba przyjmująca próbkę

Stan próbki