



Zlecenie badań laboratoryjnych w kierunku zakażenia COVID-19

1. Dane pacjenta:

Kod kreskowy zlecenia:

Imię:

Nazwisko:

Data urodzenia: **DD – MM – RRRR** Płeć: K / M*

PESEL: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Wiek: (w latach)

Miejsce zamieszkania: Kod pocztowy: -

Miejscowość: Powiat:

Ulica:

Poczta:

Telefon komórkowy:

Adres mailowy:

2. Zleceniodawca:

Zlecający badanie (pieczęta ZOZ)

3. Pobrany materiał (jeden materiał-jedno zlecenie):

| | |
|--|---|
| Dolne drogi oddechowe: <ul style="list-style-type: none">BAL-(popłuczyny oskrzelikowopęcherzykowe)aspiraty tchawiczePlwocina (tylko jeżeli pacjent odkrztusza plwocinę w sposób nie indukowany) | Górne drogi oddechowe: <ul style="list-style-type: none">wymaz z nosogardzieliwymazy z gardła i błon śluzowych nosa (<u>pobierane jednocześnie</u>) |
|--|---|

Data i godzina pobrania materiału do badania:

DD – MM – RRRR GG:MM

Osoba pobierająca materiał:

4. Dane kliniczne pacjenta (obligatoryjne):

Tryb pracownika medycznego lub:

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Pacjent w kwarantanniePacjent hospitalizowanyPacjent objęty nadzorem sanitarnym | <ul style="list-style-type: none">Pacjent z już potwierdzonym SARS-COV-2Pacjent z wynikiem niejednoznacznym |
|---|--|

temp.: SpO2 WBC LYMF

Data wystąpienia pierwszych objawów: **DD – MM – RRRR**

Czy pacjent ostatnio przebywał na terenach zagrożonych: TAK/NIE*

Kraj **Data powrotu:** **DD – MM – RRRR**

Czy pacjent miał kontakt z osobami z potwierdzonym zakażeniem wirusem COVID-19 TAK / NIE / NIE WIEM*

Tryb pracownika medycznego

Uwagi:

5. Lekarz kierujący:

Data /podpis/pieczęć

*zakreślić prawidłowe

Zlecenie opracowano na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. 2009, 22, 128)