

PRACOWNIA GENETYKI KLINICZNEJ I PATOLOGII MOLEKULARNEJ ZAKŁADU ANALITYKI LEKARSKIEJ
 10 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ
 ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz
 tel. 261 417 213, fax 261 417 214, e-mail: genetyka@10wsk.mil.pl, www.10wsk.mil.pl
 PN-EN ISO 9001:2015 PN-EN ISO 14001:2015 PN ISO 45001:2018

NR BADANIA

ZLECENIE na badanie molekularne w kierunku
Identyfikacji genotypów wysokiego ryzyka wirusa HPV (HR HPV)

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA PESEL **:..... Data urodzenia..... Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	PIECZĄTKA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/ADRES ZAMIESZKANIA PACJENTA * Sposób kontaktu: <input type="checkbox"/> z lekarzem zlecającym <input type="checkbox"/> z pacjentem: tel.....
Pochodzenie etniczne.....	Tryb wykonania badania: <input type="checkbox"/> standardowy <input type="checkbox"/> cito
ISTOTNE DANE KLINICZNE Rozpoznanie: Stosowane leczenie: Cel badania: diagnostyka <input type="checkbox"/> określenie statusu nosicielstwa wirusa HPV <input type="checkbox"/> uściślenie rozpoznania klinicznego	RODZAJ BADANIA <i>Proszę zaznaczyć badanie do wykonania</i> <input type="checkbox"/> Genotypowanie HPV 16 oraz HPV 18 + skrining HPV (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68)
INFORMACJE O MATERIALE BIOLOGICZNYM <input type="checkbox"/> Wymaz z narządów płciowych i komórki szyjki macicy (płynna cytologia) <input type="checkbox"/> Bloczek parafinowy	
Zgoda pacjenta na wykonanie badań genetycznych <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Podpis i pieczęć lekarza kierującego	Dane jednostki/osoby upoważnionej do odbioru sprawozdania z badania (wypełnić jeśli jest inna niż ośrodek kierujący)
WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA MATERIAŁ	
WYPEŁNIA LABORATORIUM	
Data i godzina pobrania:..... Podpis osoby pobierającej	Data i godzina przyjęcia:..... Podpis osoby przyjmującej

* W przypadku badań prywatnych

** W przypadku osoby dorosłej nieposiadającej nr PESEL nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość