



Centrum Badań DNA Sp. z o.o.
Laboratorium Genetyki Medycznej
ul. Mickiewicza 31, pok 19, 60-835 Poznań
tel.: 61 646 85 85, fax: 61 623 25 26
e-mail: bok@cbdna.pl

NR ZLECENIA:

Data i godzina
przyjęcia materiału:

Wypełnia CBDNA

FORMULARZ ZLECENIA BADAŃ - TESTY IMMUNOLOGICZNE

Zał. Nr 6 do P.1
Wersja nr 4

DANE PACJENTA: ZLECENIODAWCA (nie dotyczy badań prywatnych):

Imię:	Numer kontrahenta:
Nazwisko:	Imię i nazwisko lekarza kierującego:
Adres zamieszkania: ulica:.....	Telefon kontaktowy:
Kod pocztowy:..... Miejscowość:.....	Pieczęć jednostki zlecającej:
PESEL	
Data urodzenia	d d m m r r kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>
tel. kontaktowy: data
e-mail: podpis osoby upoważnionej

Wypełnienie powyższych pól jest warunkiem koniecznym do przyjęcia zlecenia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21. 01. 2009 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U. 2009 r. Nr 22, poz. 128 ze zm.) oraz wymaganiami normy ISO 9001:2008

MATERIAŁ DO BADAŃ:

Rodzaj materiału:	data i godzina pobrania:	Imię i nazwisko pobierającego:
-------------------	--------------------------	--------------------------------

Kolorem czerwonym oznaczono dane niezbędne do przyjęcia zlecenia!

RODZAJ BADANIA:

POJEDYNCZE BADANIA

- IM/001 *Borrelia burgdorferi* - ELISA IgM
- IM/001K *Borrelia burgdorferi* - identyfikacja i rozbitcie kompleksów immunologicznych (KKI) - ELISA IgM
- IM/002 *Borrelia burgdorferi* - ELISA IgG
- IM/002K *Borrelia burgdorferi* - identyfikacja i rozbitcie kompleksów immunologicznych (KKI) - ELISA IgG
- IM/003 *Borrelia burgdorferi* - ELISA IgG i IgM
- IM/004 *Borrelia burgdorferi* - Western blot IgG (test potwierdzenia dla ELISA)
- IM/005 *Borrelia burgdorferi* - Western blot IgM (test potwierdzenia dla ELISA)
- IM/006 *Borrelia burgdorferi* - Western blot IgM i IgG (test potwierdzenia dla ELISA)
- IM/006K *Borrelia burgdorferi* - rozbitcie krążących kompleksów immunologicznych (KKI) - Western blot IgM i IgG*
- IM/007 *Babesia microti* - IFA IgM jakościowo
- IM/008 *Babesia microti* - IFA IgG jakościowo
- IM/009 *Anaplasma phagocytophilum, Ehrlichia chaffeensis* - IFA IgM jakościowo
- IM/010 *Anaplasma phagocytophilum, Ehrlichia chaffeensis* - IFA IgG jakościowo
- IM/011 *Bartonella henselae, Bartonella quintana* - IFA IgM jakościowo
- IM/012 *Bartonella henselae, Bartonella quintana* - IFA IgG jakościowo
- IM/013 *Toxoplasma gondii* - ELISA IgM
- IM/014 *Toxoplasma gondii* - ELISA IgG
- IM/015 *Mycoplasma pneumoniae* - IFA IgM jakościowo
- IM/016 *Mycoplasma pneumoniae* - IFA IgG jakościowo
- IM/019 *Chlamydia pneumoniae* - IFA IgM jakościowo
- IM/020 *Chlamydia pneumoniae* - IFA IgG jakościowo
- IM/021 *Yersinia enterocolitica* - ELISA IgA
- IM/022 *Yersinia enterocolitica* - ELISA IgG
- IM/023 *Chlamydia trachomatis* - IFA IgM jakościowo
- IM/024 *Chlamydia trachomatis* - IFA IgG jakościowo

PANELE BADAŃ

- IM/050 **Panel odkleszczowy - przesiewowy**
Borrelia burgdorferi - ELISA IgM/IgG; *Toxoplasma gondii* - ELISA IgM; *Babesia microti, Anaplasma phagocytophilum, Ehrlichia chaffeensis, Bartonella henselae, Bartonella quintana*- IFA IgM jakościowo
- IM/051 **Panel odkleszczowy - pełny**
Borrelia burgdorferi, Toxoplasma gondii - ELISA IgM/ IgG; *Babesia microti, Anaplasma phagocytophilum, Ehrlichia chaffeensis, Bartonella henselae, Bartonella quintana* - IFA IgM/IgG jakościowo
- IM/052 **Panel koinfekcji**
Babesia microti, Anaplasma phagocytophilum, Ehrlichia chaffeensis, Bartonella henselae, Bartonella quintana- IFA IgG jakościowo
- IM/053 **Panel infekcji związany z LD**
Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae- IFA IgM/IgG jakościowo; *Yersinia enterocolitica*- ELISA IgA/IgG

CZAS REALIZACJI ZLECENIA:

- STANDARD** (do 7 dni roboczych - badanie pojedyncze, 12 dni roboczych - panele) **EKSPRES** - do 48 godzin roboczych za badania pojedyncze (dopłata 100 zł), IM/006 (dopłata 200zł) lub do 6 dni roboczych za badanie panelowe (dopłata 400 zł)

DEKLAROWANY SPOSÓB ODBIORU BADAŃ (proszę zaznaczyć wybraną opcję):

- Odbiór wyniku on-line** e-mail:..... Odbiór osobisty w laboratorium (Poznań, Mickiewicza 31)
 List polecony priorytetowy (do ceny testu doliczyć 10 zł) Przesyłka kurierska (do ceny testu doliczyć 30 zł)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO JEGO ODBIORU

(wypełnić wyłącznie w przypadku opcji innej niż wyniki on-line):

Imię i nazwisko:..... tel. kontaktowy:.....

Adres:.....

UWAGI:

Laboratorium zastrzega sobie możliwość ponownego pobrania materiału biologicznego, w sytuacjach gdy nie jest możliwe wydanie informatywnego wyniku z przyczyn niezależnych od laboratorium.

Laboratorium zastrzega sobie możliwość anonimowego wykorzystania materiału do badań naukowych, wpływających na poszerzenie wiedzy z zakresu zakażeń mikrobiologicznych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. NR 101, poz. 926, ze zm.)

1/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów promocyjnych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

2/ Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów badawczych. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

3/ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących wyników badań na podany w ankiecie adres e-mail i numer telefonu. Jednocześnie wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych zawartych w ankiecie zgodnie z Regulaminem korzystania z serwisu do odbierania wyników on-line. W przypadku nie wyrażenia zgody proszę zaznaczyć:

4/Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem świadczenia usług badań diagnostycznych na rzecz Klientów Centrum Badań DNA Sp. z o.o

*brak możliwości wydania wyniku on-line. Wynik wysyłany standardowo listem poleconym priorytetowym (bezpłatnie).

.....
DATA I PODPIS PACJENTA