

ZLECENIE BADANIA MOLEKULARNEGO W KIERUNKU RNA KORONAWIRUSA SARS-CoV-2

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:																		WIEK:							
DATA URODZENIA:																		NR PESEL:				PŁEĆ:			
ADRES																		KOD				MIEJSCOWOŚĆ			
K																		M							
ROZPOZNANIE KLINICZNE, NR HISTORII CHOROBY, DZIEŃ POBYTU CHOROGE W KLINICE/SZPITALU, STOSOWANE LEKI PRZECIWDROBNOUSTROJOWE																									
DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU:																						DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU:			

CZY JEST PLANOWANE PRZYJĘCIE PACJENTA DO SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO NR 1 IM DR JURASZA W BYDGOSZCZY

TAK	NIE
-----	-----

JEŚLI TAK, NALEŻY WPISAĆ NAZWĘ KLINIKI

BADANIE ILOŚCIOWE METODĄ MOLEKULARNĄ (REAL-TIME PCR)

MATERIAŁ DIAGNOSTYCZNY:

<input type="checkbox"/>	WYMAZ Z NOSOGARDZIELI
<input type="checkbox"/>	INNY

Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r., Dz.U. z 2015 roku, poz. 1372

(Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał)

(Pieczęć i podpis lekarza zlecającego)

Adres e-mail – do przesłania zaszyfrowanego wyniku