

ZLECENIE BADANIA PARAZYTOLOGICZNEGO

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:																									WIEK:				
DATA URODZENIA:										NR PESEL LUB SERIA I NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI:										PŁEĆ:									
																				K M									
ROZPOZNANIE (ICD-10/-11), CZYNNIKI RYZYKA ZAKAŻENIA, PRZEBYTA HOSPITALIZACJA:																									ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU:				
STOSOWANE LEKI PRZECIWPASOŻYTNICZE (wymienić):																													
KIERUNKI BADANIA:																													
CZY PACJENT PODRÓŻOWAŁ DO TERENÓW TROPIKALNYCH LUB SUBTROPIKALNYCH?															☐ Tak ☐ Nie					DATA PODRÓŻY:									
MATERIAŁ DIAGNOSTYCZNY:																													
Kał																													

Data i godzina			
zlecenia badania	pobrania materiału	przekazania materiału do transportu	przyjęcia materiału w laboratorium
Pieczęć i podpis osoby zlecającej badanie	Pieczęć i podpis osoby pobierającej materiał	Podpis osoby odbierającej materiał	Podpis osoby przyjmującej materiał
Informacje o błędach przedlaboratoryjnych			