

KOD próbki: NIL -

ZLECENIE BADANIA REFERENCYJNEGO - SZCZEP BAKTERYJNY

1. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko / inicjały		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
PESEL	Miejsce hospitalizacji (szpital, oddział, adres)		
Data urodzenia			
Data wystąpienia objawów			
Data przyjęcia do szpitala			

2. DIAGNOZA

<input type="checkbox"/> ZOMR*	<input type="checkbox"/> zapalenie płuc
<input type="checkbox"/> sepsa	<input type="checkbox"/> niezbyt żołądkowo-jelitowy
<input type="checkbox"/> inna, jaka?	

3. EFEKTY LECZENIA

<input type="checkbox"/> w trakcie leczenia	<input type="checkbox"/> zgon, data
<input type="checkbox"/> wyleczenie	
<input type="checkbox"/> powikłania, jakie?	

4. SZCZEPIENIA

szczepienie przeciw	rodzaj szczepionki	liczba dawek/daty
<i>S. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> PCV10 <input type="checkbox"/> PCV13 <input type="checkbox"/> PCV15 <input type="checkbox"/> PCV20 <input type="checkbox"/> PPV23	
<i>H. influenzae</i> typ b <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> monowalentna <input type="checkbox"/> skojarzona	
<i>N. meningitidis</i> <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> TAK	przeciw serogrupom: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> ACWY	

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRÓBKII BIOLOGICZNEJ

rodzaj materiału	gatunek wyhodowanego szczepu
<input type="checkbox"/> PMR** <input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> płyn z opłucnej	<input type="checkbox"/> <i>S. pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>N. meningitidis</i> <input type="checkbox"/> <i>H. influenzae</i>
<input type="checkbox"/> inny materiał, jaki?	<input type="checkbox"/> <i>S. pyogenes</i> <input type="checkbox"/> <i>S. agalactiae</i> <input type="checkbox"/> <i>L. monocytogenes</i>
Data i godzina pobrania próbki	<input type="checkbox"/> inny, jaki?
Data izolacji szczepu	
Numer oryginalny szczepu	

6. INFORMACJE DODATKOWE

7. DANE ZLECENIODAWCY BADANIA REFERENCYJNEGO

Nazwa, adres, telefon, fax, e-mail	Pieczętka i podpis kierownika laboratorium lub osoby upoważnionej
	data
	Próbkę do wysyłki przygotował (imię i nazwisko)
	podpis

POLA WYPEŁNIA KOROUN

KOD przesyłki: P - _ _ _ _ - _ _

data i godzina dostarczenia próbki do KOROUN	przeгляд zlecenia	przeгляд jakości próbki	próbkę przyjął i ocenił