|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | Data, godzina pobrania materiału: |  |
| Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej  **Pracownia Biologii Molekularnej**  0000000 18625-45-452-7100  tel. (22) 815-72-65 (Rejestracja);  (22) 815-72-74 (Pracownia Serologii);  fax. (22) 815-72-75  www.czd.pl; e-mail: biologia.molekularna@ipczd.pl | Dane osoby pobierającej materiał do badania: |  |
| Data, godzina przyjęcia materiału: |  |
| Numer identyfikacyjny próbki: |  |

**ZLECENIE NA BADANIE SEROLOGICZNE DO PRACOWNI BIOLOGII MOLEKULARNEJ**

**Informacje o jednostce zlecającej badanie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa/adres jednostki zlecającej  (Pieczęć) |  |
| Telefon kontaktowy  e-mail: |

**Informacje o pacjencie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię pacjenta: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Numer kartoteki: | |  |  |  |  |  | |  | / |  |  |
| Nazwisko pacjenta: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Płeć: | |  M  K | | | | | | | | | |
| Data urodzenia: | |  |  | | / | |  | | |  | / | |  | |  |  |  | r. | PESEL\*: | |  | | | | | | | | | |
|  | | dzień | |  | |  | | | | | |  | | rok | | | |  |
| Adres kontaktowy, telefon: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  TAK NIE | | | | |
| Rozpoznanie kliniczne: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leki p/wirusowe, antybiotyki: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kierunek badania:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Serologia metodą CLIA** (surowica):  **wirusowe zapalenia wątroby:**  □ anty-HAV IgM  □ anty-HAV total  □ HBsAg  □ anty-HBs  □ anty-HBc total  □ anty-HBc IgM  □ HBeAg  □ anty-HBe  □ anty-HCV  **mononukleoza (wirus Epstein-Barr)**  □ EBV VCA IgM  □ EBV VCA IgG  □ EBV EBNA IgG  **cytomegalia (wirus cytomegalii)**  □ CMV IgM  □ CMV IgG  **różyczka (Rubella)**  *□* Różyczka IgM  *□* Różyczka IgG | | | | | | | | | **wirus HIV – test przesiewowy**  □ HIV Ag/Ab Combo  **kiła – test przesiewowy**  □ anty-TP, kiła (*Treponema pallidum)*  **opryszczka pospolita (HSV typ 1 i 2)**  *□* HSV-1/2IgM  *□* HSV-1/2IgG  **ospa wietrzna i półpasiec (VZV)**  *□* VZV IgM  *□* VZV IgG  **toksoplazmoza**  □ *Toxoplasma gondii* IgM  □ *Toxoplasma gondii* IgG  **parwowirus**  □ Parwowirus B19 IgM  □ Parwowirus B19 IgG  **mykoplazma**  □ *Mycoplasma pneumoniae* IgM  □ *Mycoplasma pneumoniae* IgG  **SARS-CoV-2**  □ anty-SARS-CoV-2 IgG | | | | | | | | | | | **Serologia metodą ELISA:**  □ *Borrelia burgdorferi* sensu lato IgM w surowicy  □ *Borrelia burgdorferi* sensu lato IgG w surowicy  □ *Borrelia burgdorferi* sensu lato IgG w płynie mózgowo-rdzeniowym  □ Krztusiec (anty-toksyna *B. pertussis* IgA i IgG)  □ Błonica (anty-anatoksyna *C. diphtheriae* IgG)  □ Tężec (anty-anatoksyna *C. tetanii* IgG)  **IMMUNOBLOT:**  □ Borrelia immunoblot IgM - test potwierdzenia  □ Borrelia immunoblot IgG - test potwierdzenia  **Serologia – zakażenia grzybicze:**  □ *Aspergillus* galaktomannan w surowicy  □ *Aspergillus* galaktomannan w BAL  □ (1-3)-Beta-D-glukan w surowicy (Fungitell)  **Test lateksowy:**  □ ASO (poziom antystreptolizyny O) w surowicy  □ Czynnik reumatoidalny – RF w surowicy | | | | | | | | | | |

**Informacje dodatkowe:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejsce przesłania wyniku i/lub dane osoby upoważnionej do odbioru: | Uwagi: | Pieczątka imienna i podpis lekarza kierującego |

\*numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość