

pieczęć zlecniodawcy, nr telefonu

## ZLECENIE NA BADANIE W KIERUNKU GRUŻLICY

.....Płeć: K/M  
Nazwisko i imię ..... Data urodzenia .....

.....  
Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ul., nr domu, gmina) .....

PESEL.....obywatelstwo.....nr kartoteki.....

Objawy kliniczne, choroby towarzyszące, stosowane antybiotyki, gruźlica w wywiadzie, cel badania, itp.

### DIAGNOSTYKA GRUŻLICY\*

- ☐ Posiew z wykrywaniem DNA *Mycobacterium tuberculosis complex* metodą RT PCR  
z wykrywaniem genów oporności oraz badanie mikroskopowe AFB
- ☐ Posiew bez wykrywania DNA *Mycobacterium tuberculosis complex*  
oraz badanie mikroskopowe AFB

### WYKRYWANIE ZAKAŻENIA PRĄTKAMI GRUŻLICY\*

- ☐ test IGRA  
(krew pełna pobrana do próbki z heparyną litową lub sodową, minimum 4 ml)

Sposób poboru, przechowywania i transportu próbki oraz metodyka badań są mi znane (dostępne na: [www.kpcp.pl](http://www.kpcp.pl)).

| Sposób poboru, przechowywania i transportu próbki oraz metodyka badań są mi znane (dostępne na: <a href="http://www.kpcp.pl">www.kpcp.pl</a> ). |                              |                                | Wypełnia laboratorium         |       |                  |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------|------------------|--------|
| Rodzaj materiału                                                                                                                                | Data i godz. pobrania próbki | Dane osoby pobierającej próbkę | Data i godz. przyjęcia próbki | Uwagi | Nr i kod badania | Podpis |
|                                                                                                                                                 |                              |                                |                               |       |                  |        |
|                                                                                                                                                 |                              |                                |                               |       |                  |        |
|                                                                                                                                                 |                              |                                |                               |       |                  |        |

Przechowywanie materiału\*:

- ☐ lodówka (plwocina, BAL, płyny z jam ciała, PMR, mocz, biopaty, inne, a także krew na IGRA przy przechowywaniu >16 godzin)
- ☐ temperatura pokojowa (krew na test IGRA jeśli czas przechowywania ≤16 godzin, krew na posiew).

Dane osoby upoważnionej do odbioru wyników.....

Jeżeli nie mają być dostarczone do Zlecniodawcy

Data zlecenia.....

\*proszę zaznaczyć X

(W przypadku niezaznaczenia metody badania, wyboru dokona diagnosta w oparciu o dane kliniczne i rodzaj materiału).

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego