


P/LAB/64-F3	 DIAGNOSTYKA <small>laboratoria medyczne</small> <i>...więcej niż wynik</i>	Strona 1 z 1
SKIEROWANIE NA TEST POTWIERDZENIA OBECNOŚCI PRZECIWCIAŁ ANTY-HIV 1 I ANTY-HIV 2 (formularz do użytku wewnętrznego)	Wersja: III	Data wydania: 2018-02-27

Pieczętka jednostki kierującej

Nazwisko i imię:

Hasło (opcjonalnie):

Kod zlecenia:

PESEL: **Data urodzenia:**

Płeć *K* *M*

Adres zameldowania:
.....

Dodatkowe informacje (zaznaczyć właściwe):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ciężarna | <input type="checkbox"/> czy badanie powtórne |
| <input type="checkbox"/> chory hospitalizowany (adres szpitala) | <input type="checkbox"/> czy grupa ryzyka |
| | <input type="checkbox"/> inne informacje |

Istotne dane kliniczne:

Test przesiewowy wykonano metodą:

Na aparacie (nazwa, producent):

Generacja testu:

Uzyskane wyniki (podać cut-off):

Interpretacja wyniku:

Data pobrania materiału:

Godzina pobrania materiału:

Pieczętka i podpis osoby zlecającej

.....