

WYPEŁNIA PUNKT POBRAŃ	wypełnia AmerLab NR ZLECENIA	
..... data i godzina pobrania materiału		
..... podpis osoby pobierającej materiał	data i godzina przyjęcia materiału	

ZLECENIE BADANIA MEDYCZNEGO
nr Z/H-2017_07_1

ZLECENIODAWCA	
(Osoba fizyczna – imię i nazwisko, adres, dane kontaktowe / Opiekun dziecka – imię i nazwisko, adres, dane kontaktowe / / Instytucja – pełna nazwa, adres, NIP, dane kontaktowe)	
Imię i nazwisko (lub nazwa instytucji):	Pieczeńć jednostki zlecającej badanie
*Adres:	
NIP (dotyczy instytucji):	
e-mail / tel. kontaktowy:	
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o badaniach bezpłatnych, promocjach i nowych ofertach Laboratorium AmerLab drogą mailową (zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).	
Imię i nazwisko osoby / dziecka od którego pochodzi próba:	
DANE UZUPEŁNIAJĄCE **	RODZAJ DOSTARCZONEGO / POBRANEGO MATERIAŁU**
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> kał <input type="checkbox"/> mocz <input type="checkbox"/> surowica <input type="checkbox"/> krew pełna
PESEL:	<input type="checkbox"/> rozmaz z krwi <input type="checkbox"/> rozmaz z palca <input type="checkbox"/> inny:
Cel badania:	<input type="checkbox"/> diagnostyka kliniczna <input type="checkbox"/> inne
Wskazania do badań / objawy, inne uwagi; antybiotyki (nazwa chemiczna) / leki przeciwpasożytnicze	
Materiał pobrano od ** : <input type="checkbox"/> zdrowy <input type="checkbox"/> chory <input type="checkbox"/> ozdrowieniec <input type="checkbox"/> styczność <input type="checkbox"/> nosiciel	
KOD ZLECANEJ BADANIA wypełnia AmerLab zgodnie z zakresem zleconych badań zaznaczonych przez zlecającego na stronie 2 zlecenia	ODBIÓR WYNIKÓW **: <input type="checkbox"/> osobisty w laboratorium (Warszawa, ul Żwirki i Wigury 101) <input type="checkbox"/> list polecony (dodatkowa opłata 8 zł) <input type="checkbox"/> przesyłka kurierska (dodatkowa opłata 20 zł)
	FORMA PŁATNOŚCI **: <input type="checkbox"/> gotówką w kasie AmerLab <input type="checkbox"/> przelew na konto ING Bank Śląski S.A. 22 1050 1012 1000 0090 3060 3402 (najpóźniej w dniu zlecenia badania)

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o sposobie pobrania materiału do badania oraz że próbka została pobrana według Instrukcji nr I/H-1. Wyrażam zgodę na: (1) wykonanie badania metodami stosowanymi w laboratorium; (2) otrzymanie skróconej wersji sprawozdania z badania; (3) wykorzystanie wyników do celów opracowań statystycznych, epidemiologicznych i naukowych.

Uwaga! Wyników badań nie wysyłamy drogą elektroniczną.

* wyniki zostaną wysłane na adres podany w zleceniu **zaznaczyć właściwe

Data i podpis osoby zlecającej badanie:

<input type="checkbox"/> H/HPK/1 OPŁATA ZA POBRANIE KRWI W PLACÓWKACH Centermed (płatność w kasie AmerLab)		12,30 PLN
BADANIA MIKROSKOPOWE		
<u>PASOŻYTY JELITOWE – badanie kału</u> <input type="checkbox"/> H/AM/1/1 Mikropasożyty jelitowe: <i>Cryptosporidium/Cyclospora/Cystoisospora</i> – rozmaz <input type="checkbox"/> H/AM/1/2 <i>Giardia intestinalis (Lambliia intestinalis)</i> – rozmaz <input type="checkbox"/> H/AM/1/3* <i>Cryptosporidium sp./Giardia intestinalis</i> IFA – badanie immunofluorescencyjne <input type="checkbox"/> H/AM/1/4 <i>Entamoeba sp.</i>	<u>BADANIE OGÓLNE KAŁU</u> <input type="checkbox"/> H/AM/2/1 Badanie ogólne kału – flotacja <input type="checkbox"/> HAM/2/2 Badanie ogólne kału – sedimentacja <input type="checkbox"/> H/AM/2/3 Badanie ogólne kału – flotacja + sedimentacja <input type="checkbox"/> H/AM/2/4 Badanie w kierunku owsików (z zestawem do badania)	
<u>PASOŻYTY KRWI</u>		
<input type="checkbox"/> H/AM/3/1 <i>Babesia sp.</i> Badanie rozmazu krwi		
<u>INNE BADANIA MIKROSKOPOWE</u>		
<input type="checkbox"/> H/AM/4/1 <i>Echinococcus sp.</i> – płyny z torbieli, cyst/bioptaty <input type="checkbox"/> H/AM/4/2 <i>Taenia solium</i> – płyny z torbieli, cyst/bioptaty <input type="checkbox"/> H/AM/4/3 wykrywanie nużeńców (<i>Demodex sp.</i>) <input type="checkbox"/> H/AM/4/4 wykrywanie pasożytów – badanie płynu z torbieli, zawartości cyst/bioptatów <input type="checkbox"/> H/AM/4/5 określanie gatunków/form rozwojowych tasiemców, nicieni, stawonogów / pasożytów <input type="checkbox"/> H/AM/4/6 <i>Trichinella spp.</i> – badanie materiału tkankowego (bioptatu) w kierunku włośnicy		
BADANIA MOLEKULARNE		
<u>PASOŻYTY JELITOWE / BIEGUNKI / INWAZJE ROZSIANE</u> <input type="checkbox"/> H/BM/1/1 <i>Cryptosporidium spp.</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/2 <i>Giardia (Lambliia) intestinalis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/3 <i>Cyclospora cayetanensis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/4 <i>Cystoisospora belli</i> (dawniej <i>Isospora belli</i>) PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/5 <i>Blastocystis hominis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/6 <i>Taenia solium</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/7 <i>Leishmania sp.</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/1/8 <i>Fusarium spp.</i> PCR	<u>MIKROSPORYDIA</u> <input type="checkbox"/> H/BM/2/1 <i>Enterocytozoon bieneusi</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/2/2 <i>Encephalitozoon intestinalis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/2/3 <i>Encephalitozoon cuniculi</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/2/4 <i>Encephalitozoon hellem</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/2/5* <i>Encephalitozoon spp./Enterocytozoon bieneusi</i> PCR	
<u>INFEKCJE ODKLESZCZOWE</u> <input type="checkbox"/> H/BM/3/1 <i>Anaplasma phagocytophilum</i> nested-PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/2 <i>Babesia spp.</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/3 <i>Bartonella spp.</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/4 <i>Borrelia burgdorferi sensu lato</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/5 <i>Neoehrlichia mikurensis</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/6 <i>Borrelia miyamotoi</i> PCR <input type="checkbox"/> H/BM/3/7 <i>Rickettsia</i> PCR	<u>PANELE BADAN</u> <input type="checkbox"/> H/BM/4/1* Panel infekcji odkleszczowych (5 patogenów) <input type="checkbox"/> H/BM/4/2* Wykrywanie DNA 3 patogenów <input type="checkbox"/> H/BM/4/3* Wykrywanie DNA 4 patogenów	
BADANIA SEROLOGICZNE		
<u>BORELIOZA Z LYME</u> <input type="checkbox"/> H/BS/1/1* <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. panel badań IgM/IgG <input type="checkbox"/> H/BS/1/2 <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. IgG – test przesiewowy <input type="checkbox"/> H/BS/1/3 <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. IgM – test przesiewowy <input type="checkbox"/> H/BS/1/4 <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. IgG – test potwierdzenia <input type="checkbox"/> H/BS/1/5 <i>Borrelia burgdorferi</i> s.l. IgM – test potwierdzenia <input type="checkbox"/> H/BS/1/6 <i>Borrelia</i> IgM – test potwierdzający Euroline <input type="checkbox"/> H/BS/1/7 <i>Borrelia</i> IgG – test potwierdzający Euroline	<u>TOKSOPLAZMOZA</u> <input type="checkbox"/> H/BS/7/1 <i>Toxoplasma</i> IgM <input type="checkbox"/> H/BS/7/2 <i>Toxoplasma</i> IgG <input type="checkbox"/> H/BS/7/3 <i>Toxoplasma</i> IgG awidność <input type="checkbox"/> H/BS/7/4 <i>Toxoplasma</i> IgA <input type="checkbox"/> H/BS/7/5 <i>Toxoplasma</i> IgM/IgA <input type="checkbox"/> H/BS/7/6 <i>Toxoplasma</i> IgG – test potwierdzenia	
<u>BABLÓWICA (ECHINOKOKOZA)</u> <input type="checkbox"/> H/BS/2/1 <i>Echinococcus sp.</i> IgG test ELISA	<u>WŁOŚNICA (TRICHINELLOZA)</u> <input type="checkbox"/> H/BS/8/1 <i>Trichinella spiralis</i> IgG	
<u>GLISTNICA</u> <input type="checkbox"/> H/BS/3/1 <i>Ascaris lumbricoides</i> IgG	<u>LEISZMANIOZA</u> <input type="checkbox"/> H/BS/9/1 <i>Leishmania sp.</i> IgG	
<u>GORACZKA Q (GRYPA BAŁKAŃSKA)</u> <input type="checkbox"/> H/BS/4/1* <i>Coxiella burnetii</i> – panel badań IgG/IgM (faza 1 i 2) <input type="checkbox"/> H/BS/4/2 <i>Coxiella burnetii</i> – faza 1 IgG <input type="checkbox"/> H/BS/4/3 <i>Coxiella burnetii</i> – faza 2 IgG <input type="checkbox"/> H/BS/4/4 <i>Coxiella burnetii</i> – faza 2 IgM	<u>WAGRZYCA (CYSTICERKOZA)</u> <input type="checkbox"/> H/BS/10/1 <i>Taenia solium</i> IgG ELISA <input type="checkbox"/> H/BS/10/2 <i>Taenia solium</i> IgG WesternBlot	
<u>KLESZCZOWE ZAPALENIE MÓZGU (KZM)</u> <input type="checkbox"/> H/BS/5/1 Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBEV) IgG/IgM <input type="checkbox"/> H/BS/5/2 Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBEV) IgG <input type="checkbox"/> H/BS/5/3 Wirus kleszczowego zapalenia mózgu (TBEV) IgM	<u>BADANIA OGÓLNE</u> <input type="checkbox"/> H/BS/11/1 IgE całkowite	
<u>TOKSOKAROZA</u> <input type="checkbox"/> H/BS/6/1 <i>Toxocara</i> IgG <input type="checkbox"/> H/BS/6/2 <i>Toxocara</i> IgG awidność	<u>WIRUS ZIKA</u> <input type="checkbox"/> H/BS/12/1 Wirus ZIKA IgM ELISA <input type="checkbox"/> H/BS/12/2 Wirus ZIKA IgG ELISA <input type="checkbox"/> H/BS/12/3 Wirus ZIKA panel IgM/IgG ELISA	