



Nazwa jednostki wykonującej badanie	Data, godzina zlecenia badania do laboratorium:	
Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej <b>Pracownia Biologii Molekularnej</b> 0000000 18625-45-452-7100 tel. (22) 815-72-65 (Rejestracja); (22) 815-72-77 (Pracownia PCR); fax. (22) 815-72-75 www.czd.pl; e-mail: mikrobiologia@ipczd.pl	Data, godzina przyjęcia materiału do laboratorium:	
	Numer identyfikacyjny próbki:	

**Zlecenie na badanie w kierunku cytomegalii wrodzonej  
– CMV DNA w kropli krwi z bibuły przesiewowej (DBS)**

**Informacje o jednostce zlecającej badanie**

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

**Informacje o pacjencie**

Imię:		Nazwisko		PESEL*:	
<small>* w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</small>					
Numer kartoteki:		Data urodzenia:			
Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	Adres, telefon kontaktowy,:			
Rozpoznanie kliniczne:		Podejrzenie cytomegalii wrodzonej			

**Informacje dotyczące materiału biologicznego (krwi z bibuły przesiewowej)**

Nr bibuły przesiewowej:		Data i godzina pobrania	
-------------------------	--	-------------------------	--

**Dane matki**

PESEL:		Imię i nazwisko:	
--------	--	------------------	--

Ja, niżej podpisana(y)..... wyrażam zgodę na wydanie krążka z krwią z bibuły przesiewowej o numerze: ..... do badania w kierunku wrodzonej cytomegalii wykonywanego w Pracowni Biologii Molekularnej IPCZD.

data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

.....

**Informacje dodatkowe:**

Miejsce przesłania wyniku i/lub dane osoby upoważnionej do odbioru (imię, nazwisko, PESEL):	Uwagi:	
		Pieczętka i podpis lekarza kierującego