**Jednostka zlecająca Jednostka wykonująca**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |



**ZLECENIE NA BADANIA POTWIERDZAJĄCE Z KRWI OBWODOWEJ MATKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zestawu KIT** | **Numer oświadczenia** | **Data pobrania** | | **Rodzaj materiału** |
|  |  |  | | * **Surowica** * **Osocze** * **Inne……………………….** |
| **Badania:**  **□ Anty-HIV met. western-blot**  **□ HCV RNA**  **□ HBV DNA**  **Podpis, pieczątka osoby zlecającej**  **Data i godzina wysyłki**  ………………………………….................... | | | **□ Anty-CMV IgM**  **□ Anty-Toxo IgM**  **□ Anty-Syphilis**  **Podpis osoby przyjmującej**  **Data i godzina odbioru**  …….………............................................ | | |
|  | | |  | | |

**Copyright © 2014-2020, RCNT Wszelkie Prawa Zastrzeżone SOP/IN-PT-03-02 ver.1.02 Strona 1z1 2020-01-17**

**3T-03 Skierowanie na badania potwierdzające z krwi obwodowej matki**

**Jednostka zlecająca Jednostka wykonująca**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |



**ZLECENIE NA BADANIA POTWIERDZAJĄCE Z KRWI OBWODOWEJ MATKI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zestawu KIT** | **Numer oświadczenia** | **Data pobrania** | | **Rodzaj materiału** |
|  |  |  | | * **Surowica** * **Osocze** * **Inne……………………….** |
| **Badania:**  **□ Anty-HIV met. western-blot**  **□ HCV RNA**  **□ HBV DNA**  **Podpis, pieczątka osoby zlecającej**  **Data i godzina wysyłki**  ………………………………….................... | | | **□ Anty-CMV IgM**  **□ Anty-Toxo IgM**  **□ Anty-Syphilis**  **Podpis osoby przyjmującej**  **Data i godzina odbioru**  …….………............................................ | | |
|  | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |