



## LABORATORIUM GENETYCZNE NZOZ GENOM

Fundacja Godula-Hope

ul. Główna 11 Pawilon A1, 41 - 711 Ruda Śląska, tel. (032) 2444-663

e-mail: labor@genom.pl fax. (032) 2444-664

### Skierowanie na badania laboratoryjne w celu wykonania badań genetycznych z wymazu z dróg rodnych

w kierunku *Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, Ureaplasma*

#### Dane pacjentki

Imię i Nazwisko: .....

Miejsce zamieszkania:

ulica: ....., nr domu ....., nr lokalu .....

kod pocztowy: ....., miejscowość: .....

płeć: K, data urodzenia: ....., PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL:

.....

Tel.: ....., e-mail: .....

#### **Proszę o wykonanie badania techniką Real Time PCR (jakościowo) w kierunku:**

tylko *Chlamydia trachomatis*

tylko *Ureaplasma sp*

*Chlamydia, Ureaplasma, Neisseria*

tylko *Neisseria gonorrhoeae*

Rodzaj materiału i jego pochodzenie: wymaz z dróg rodnych

istotne dane kliniczne pacjentki (*informacje o stosowanym leczeniu*) .....

**Wskazanie do badania** .....

lekarz kierujący .....

data i godzina pobrania: ..... dane osoby pobierającej .....

#### **Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku:**

Imię i Nazwisko: .....

Ulica: ..... kod pocztowy: ....., Miejscowość: .....

■ Badanie płatne przed jego wykonaniem na miejscu lub przelewem na rachunek 03 1500 1894 1218 9001 5115 0000

.....  
data

.....  
czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjentki lub opiekuna prawnego