

.....  
pieczętka jednostki kierującej / oddział

## SKIEROWANIE NA BADANIE PRĄTKA GRUŻLICY

Nazwisko i imię ..... Płeć K ☐ M ☐

PESEL / Data urodzenia ..... wiek .....

Adres .....

Postać gruźlicy: PŁUCNA ☐ POZAPŁUCNA ☐

Rodzaj materiału ..... data pobrania.....

Metoda tradycyjna ☐

Metoda automatyczna ☐

.....  
lekarz kierujący

.....  
pieczętka laboratorium

.....  
numer / data przyjęcia materiału do laboratorium

## WYNIK BADANIA PRĄTKA GRUŻLICY

**WYNIK I** (wynik bakterioskopii) AFB .....

.....  
data

.....  
badanie wykonał

**WYNIK II** (posiew) .....

.....  
data

.....  
badanie wykonał