

Załącznik nr 2

## **ZLECENIE BADANIA W RAMACH PROGRAMU WHO ELIMINACJI RÓŻYCZKI**

Zlecenie na wykonanie badania **powinno zawierać następujące informacje:**

1. Imię i nazwisko pacjenta oraz adres zamieszkania
2. Wiek pacjenta
3. Kierunek badania
4. Status zaszczepienia (liczba dawek i data ostatniego szczepienia)
5. Data wystąpienia objawów choroby
6. Materiał kliniczny
7. Data pobrania próbki
8. Data wysłania próbki do laboratorium
9. Imię i nazwisko lekarza rozpoznającego chorobę
10. Zleceniodawcę

Załącznik nr 3

## **ADRES ZAKŁADU WIRUSOLOGII NARODOWEGO INSTYTUTU ZDROWIA PUBLICZNEGO - PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY W WARSZAWIE.**

Zakład Wirusologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –  
Państwowego Zakładu Higieny  
00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24

e:mail [wiruspzh@pzh.gov.pl](mailto:wiruspzh@pzh.gov.pl)

tel. 022 5421 230  
tel/fax 022 5421 385