

[illegible]

[illegible]

| Data przyjęcia próbki do badania | Nr badania | Nazwisko, imię pacjenta Data urodzenia PESEL | Instytucja kierująca na badanie | Materiał | Podpis osoby przyjmującej materiał |
|---|---------------|--|------------------------------------|----------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Por 103 stwone lewa

| Rozpoznanie Antybiotykoterapia | Data przyjęcia, pobrania, dostarczenia | Wynik posiewu po 48 godz. | Wynik posiewu bezpośredniego | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------|---------------------------------|----|----|
| | | SS | Sab. | SS | MC |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |