

## DANE PACJENTA

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI!)

Imię

Nazwisko

Data urodzenia

 -  - 

PESEL

Adres: .....

E-mail: .....

Nr telefonu

## KWESTIONARIUSZ DIAGNOZOWANIA PARAZYTOZY

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przyjmowane były:

- ANTYBIOTYKI ..... (JAKIE?)
- LEKI ..... (JAKIE?)
- PROBIOTYKI..... (JAKIE?)

Czy pojawiają się u Pana/Pani poniższe objawy?\*

\*(jeśli TAK, w oknie  proszę wpisać X)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ZIEMISTA LUB BŁADA CERA                      | <input type="checkbox"/> BÓL GŁOWY                                      | <input type="checkbox"/> NAWRACAJĄCA GRZYBICA UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO        |
| <input type="checkbox"/> „SIŃCE I WORKI” POD OCZAMI                   | <input type="checkbox"/> ŚWIĄD OKOLICY ODBYTU I KROCZA                  | <input type="checkbox"/> DRGANIE UST  |
| <input type="checkbox"/> BIEGUNKI                                     | <input type="checkbox"/> ZGRZYTZANIE ZĘBAMI                             | <input type="checkbox"/> POTRZĄSANIE GŁOWĄ                                    |
| <input type="checkbox"/> ZAPARCIA                                     | <input type="checkbox"/> ZABURZENIA SNU                                 | <input type="checkbox"/> OBGRYZANIE PAZNOKCI                                  |
| <input type="checkbox"/> ZMIANY TYPU ŁUSZCZYCOWEGO                    | <input type="checkbox"/> DUSZNOŚĆ / PRZEWLEKŁY I/LUB NAWRACAJĄCY KASZEL | <input type="checkbox"/> MARSZCZENIE CZOŁA                                    |
| <input type="checkbox"/> ŚWIĄD I/LUB OBJAWY ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY | <input type="checkbox"/> KATAR  | <input type="checkbox"/> „UCIEKANIE GAŁEK OCZNYCH”                            |
| <input type="checkbox"/> NADPOBUDLIWOŚĆ                               | <input type="checkbox"/> NAWRACAJĄCE ZAKAŻENIA DRÓG MOCZOWYCH           | <input type="checkbox"/> DRAPANIE SIĘ LUB MANEWROWANIE RĘKOMA W OKOLICY ODBYT |
| <input type="checkbox"/> OSPALOŚĆ / APATIA                            |   |   |

Czy wymienione schorzenia dotyczą Pana/Pani?\*

\*(jeśli TAK, w oknie  proszę wpisać X)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NISKOROSŁOŚĆ LUB SŁABY PRZYROST DŁUGOŚCI CIAŁA | <input type="checkbox"/> NIEPLODNOŚĆ      | <input type="checkbox"/> PADACZKA              |
| <input type="checkbox"/> WYCHUDZENIE LUB SŁABY PRZYROST MASY CIAŁA      | <input type="checkbox"/> AUTYZM           | <input type="checkbox"/> HASHIMOTO             |
| <input type="checkbox"/> OTYŁOŚĆ  | <input type="checkbox"/> ADHD             | <input type="checkbox"/> ZAPALENIE SIATKÓWKI   |
| <input type="checkbox"/> NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU ŻELAZA              | <input type="checkbox"/> ZESPÓŁ ASPERGERA | <input type="checkbox"/> ZAPALENIE NACZYNIÓWKI |
| <input type="checkbox"/> NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU WITAMINY B12        | <input type="checkbox"/> OTĘPIENIE        |  |

Zgadam się na przetwarzanie moich danych osobowych oraz stanu zdrowia przez AllerGen K. Packi, A. Rudek, ul. Słowackiego 1, 97-300 Piotrków Trybunalski, w celu realizacji zlecenia na badanie. Podanie danych jest dobrowolne. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Podane dane oraz materiały oddane do diagnozy przekazane zostaną Zaufanym Partnerom AllerGen, czyli partnerskim laboratoriom, w celu przeprowadzenia badania. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Wyrażam zgodę na wysłanie wyniku i/lub opisu badania drogą elektroniczną.

PODPIS PACJENTA (lub prawnego opiekuna):

.....

UWAGI:

.....

## ZAMÓWIONE BADANIA LABORATORYJNE

(WYPEŁNIA LABORATORIUM)

- PASOŻYTY JELITOWE KOMPLEKS
- ANTYPGEN *GIARDIA LAMBLIA*
- ANTYPGEN *HELICOBAKTER PYLORI*
- KREW UTAJONA
- MIKROFLORA JELITOWA (bakterie probiotyczne, chorobotwórcze, stymulujące odporność, pleśnie, grzyby)
- JELITO FUNKCJONALNE (mikrobiota jelitowa, pasożyty, markery zapalne jelit, badanie ogólne kału)
- KALPROTEKTINA

- IGA SEKRECYJNE
- ZONULINA
- BETA-DEFENSYNA
- EXP-EOZYNOFILOWE BIAŁKO X
- ELASTAZA TRZUSTKOWA
- LAKTOFERINA
- ALFA-1-ANTYTRYPSYNA

- MZPK
- BADANIE OGÓLNE KAŁU
- POSIEW KAŁU - BAKTERIE
- POSIEW KAŁU - GRZYBY
- INNE: .....

ILOŚĆ ZAKUPIONYCH BADAŃ: .....

pieczętka laboratorium/  
zleceniodawcy

## INSTRUKCJA DLA PACJENTA DOTYCZĄCA POBIERANIA I PRZECHOWYWANIA MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO

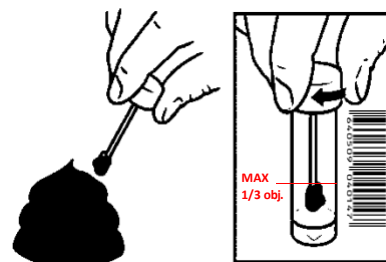
**Przed przystąpieniem do badania koniecznie zapoznaj się ze wszystkimi informacjami zawartymi w poniższej instrukcji!**

### Przeciwwskazania do wykonania badania z kału

- **badania mikrobiologiczne i markery zapalne jelit**  
Wynik badania może być niewiarygodny, jeśli materiał biologiczny zostanie pobrany podczas stosowania: antybiotyków, leków przeciwgrzybiczych lub leków przeciwgorączkowych (jeśli przyjmowane więcej niż doraźnie). Badanie powinno być przeprowadzone najwcześniej 2 tygodnie po zakończeniu terapii. Dodatkowo, tydzień przed planowanym badaniem należy unikać przyjmowania probiotyków.
- **badania pasożytów:**  
Przyjmowanie leków/suplementów/ziół nie ma wpływu na wykrywalność jaj/cyst pasożytów.

### Procedura pobrania próbki kału

- Przygotuj czyste, wyparzone naczynie lub folię spożywczą do oddania kału, które pozwolą uniknąć zanieczyszczenia próbki i umożliwią wygodne pobranie materiału do właściwych pojemników z zakupionego zestawu/apteki.
- Wymij ze styropianowego pudełka plastikowe pojemniki z topatkami w środku.
- Za pomocą plastikowej topatki, która jest przymocowana do pokrywki pojemnika, natychmiast pobierz próbki kału z różnych miejsc oddanej wcześniej porcji stolca. Napełnij pojemniczek **max do 1/3 objętości** pojemnika; jeśli stolec jest płynny, pobierz około 2-3 ml kału.
- Wypełniony próbką kału pojemnik szczelnie zamknij.
- Jeśli pojemniki zostały zewnętrznie zabrudzone materiałem biologicznym, oczyść je, a następnie **naklej wzdłuż po jednym kodzie kreskowym na każdym z nich**. (Kody kreskowe dołączone są do formularza; jeśli istnieją dodatkowe kody, pozostaw je przypięte do formularza).
- Następnie umieść pojemniki w woreczkach strunowych i do momentu transportu przechowuj w lodówce (2-8°C).



\*W zestawie do badania pasożyty kompleks znajdują się 3 pojemniki - **próbki mogą być zebrane w ciągu 1,2 lub 3 dni, ważne, aby je pobrać z 3 różnych wypróżnień**. Takie postępowanie ma na celu zwiększenie prawdopodobieństwa wykrycia jaj/cyst pasożyta. Po zebraniu wszystkich prób wyslij je jedną przesyłką do laboratorium.

### Procedura przygotowania zestawu do wysyłki do laboratorium

- 1) Wypełnij czytelnie (drukowanymi literami) pierwszą stronę formularza, zawierającą dane pacjenta oraz kwestionariusz badania parazytologicznego.
- 2) W zestawie znajdziesz zielono-czarną kartę odbioru wyniku. Zachowaj ją dla siebie, dzięki niej odbierzesz wynik online.
- 3) Instrukcję pobrania wyniku znajdziesz w poniżej w pkt. „**ODBIÓR WYNIKÓW**”.
- 4) Wypełniony formularz włóż ponownie do koszulki i umieść w styropianowym pudełku.
- 5) Przygotowane pojemniki z materiałem biologicznym również umieść w styropianowym pudełku.
- 6) Przygotowany do wysyłki zestaw umieść w lodówce.
- 7) **Materiał powinien być przesłany do laboratorium w ciągu 48 godz. od pobrania ostatniej próby, jeśli zakupiłeś badanie mikrobiologiczne; w ciągu 10 dni roboczych od pobrania ostatniej próby, jeśli zakupiłeś badanie pasożytów.**
- 8) **Przygotowany zestaw najlepiej wysłać od poniedziałku do środy (do godz. 12:00)**. Takie działanie zminimalizuje szansę na przechowywanie paczki w magazynach kurierskich i zapewni szybki transport do placówki medycznej.
- 9) Pacjent jest zobligowany do wysłania materiału do badania na własny koszt za pomocą wybranej przez siebie firmy kurierskiej/poczty na adres: **AllerGen Centrum Medycyny Spersonalizowanej; ul. Słowackiego 1; 97-300 Piotrków Trybunalski.**
- 10) Prosimy o przesłanie zestawu odpowiednio zabezpieczonego na czas transportu, tj. w kopercie bąbelkowej/pudełku/itp.

### Odbiór wyników

1. Wejdź na stronę [www.allergen.pl](http://www.allergen.pl), w prawym górnym rogu kliknij **ODBIERZ WYNIK BADANIA**
2. W kafelku **DLA PACJENTÓW** kliknij **ODBIERZ WYNIKI**
3. Następnie w części **ODBIÓR WYNIKÓW LABORATORYJNYCH** należy podać PESEL, lub datę urodzenia Pacjenta którego dotyczy badanie, oraz wpisać numer kodu kreskowego załączonego do zestawu, którym oklejone zostały próbki, oraz zlecenie badania- (Jest to indywidualny numer przypisany do danego zlecenia)  
**Zalogowanie się do systemu będzie możliwe dopiero po opublikowaniu wyników**