

ZAMÓWIENIE NA PREPARAT FAGOWY

Samodzielne Laboratorium Bakteriofagowe
Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu
ul. R. Weigla 12, 53-114 Wrocław, tel. 71 3709951, faks 71 3371382

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

data urodzenia:

Zamawiane preparaty fagowe

Lp.	Rodzaj/symbol preparatu fagowego <i>(w przypadku podania tylko nazwy docelowego rodzaju lub gatunku bakterii laboratorium samodzielnie dobierze właściwy rodzaj preparatu na podstawie typowania fagowego i podanego sposobu stosowania)</i>	Numer typowania fagowego będącego podstawą przygotowania preparatu	Liczba zamawianych opakowań/ampulek	Sposób stosowania preparatu
1.			..... op./amp.*	doustnie* miejscowo* doodbytniczo*
2.			..... op./amp.*	doustnie* miejscowo* doodbytniczo*
3.			..... op./amp.*	doustnie* miejscowo* doodbytniczo*
4.			..... op./amp.*	doustnie* miejscowo* doodbytniczo*
5.			..... op./amp.*	doustnie* miejscowo* doodbytniczo*

Sposób odbioru/dostarczenia preparatu fagowego

odbiór przez osobę upoważnioną na podstawie zlecenia wydania preparatu fagowego wystawionego przez lekarza uprawnionego przez komisję bioetyczną do prowadzenia eksperymentalnej terapii fagowej u pacjenta (preparat zostanie wydany jedynie po dokonaniu opłaty)

dostarczenie pocztą kurierską (koszt przesyłki zostanie doliczony do kosztów zamówienia)

Adres do wysłania preparatu fagowego (jeśli inny niż adres jednostki kierującej w nagłówku):
.....
.....

Dane do płatności (prosimy zaznaczyć właściwą opcję)

Uwaga: obowiązują ceny preparatów fagowych według aktualnego cennika. W celu uzyskania informacji o całkowitym koszcie zamówienia prosimy o bezpośredni kontakt telefoniczny z Laboratorium – tel. 71 3709951.

koszty zamówienia pokrywa pacjent (zamówienie zostanie wykonane po otrzymaniu wpłaty)

Wpłaty można dokonać:

1. przelewem na konto Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN nr: **84 1130 1033 0018 8181 8920 0001** z dopiskiem „Opłata za preparat fagowy – *imię i nazwisko pacjenta*”,
2. bezpośrednio w kasie Instytutu w godz. 8:30 – 15:30.

Pacjent został poinformowany o konieczności dokonania opłaty za preparaty fagowe i jej wysokości.

Data: / / 201..... r.

Podpis lekarza kierującego:

koszt zamówienia pokrywa jednostka kierująca przed wykonaniem zamówienia

Wpłata zostanie dokonana przelewem na konto Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN nr: **84 1130 1033 0018 8181 8920 0001** z dopiskiem „Opłata za preparat fagowy – *imię i nazwisko pacjenta*”. Faktura będzie wystawiona przez Instytut po wykonaniu badania. Zamówienie zostanie zrealizowane po otrzymaniu wpłaty.

koszt zamówienia pokrywa jednostka kierująca po otrzymaniu zamówionych preparatów fagowych

Dane płatnika do wystawienia faktury za wykonanie badania (nazwa, adres, NIP):

Wyrażam zgodę na wystawienie faktury VAT bez podpisu odbiorcy.

Data: / / 201..... r.

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji:

Zgoda właściwej komisji bioetycznej na prowadzenie eksperymentalnej terapii fagowej u pacjenta

Nazwa komisji bioetycznej.....

Nr zgody:

data wydania: / / 201..... r.

data ważności: / / 201..... r.

Kopię zgody załączono: TAK / NIE *

Kopię zgody załączono wraz z poprzednim zamówieniem: TAK / NIE *

Lekarz zlecający (imię i nazwisko lekarza **uprawnionego przez komisję bioetyczną do prowadzenia eksperymentalnej terapii fagowej u pacjenta**, nr prawa wykonywania zawodu, telefon kontaktowy)

Data: / / 201..... r.

Pieczęć i podpis:

Informacje dodatkowe:

1. Aktualny cennik preparatów fagowych przygotowywanych przez Samodzielne Laboratorium Bakteriofagowe Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu dostępny jest na stronie internetowej pod adresem: <http://surfer.iitd.pan.wroc.pl/opencms/export/sites/iitd/pl/OTF/OTF-Cennik.pdf>.
2. Preparaty fagowe przygotowywane przez Samodzielne Laboratorium Bakteriofagowego są następujących rodzajów bakterii: *Acinetobacter*, *Bulkholderia*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Enterococcus*, *Escherichia*, *Klebsiella*, *Morganella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Shigella*, *Salmonella*, *Serratia*, *Staphylococcus* lub *Stenotrophomonas*. Podstawą do przygotowania i wydania preparatu fagowego jest dodatni wynik typowania fagowego patogennej bakterii.
3. Długość okresu przygotowania preparatu fagowego może wynieść do trzech tygodni.
4. Preparat fagowy może być stosowany wyłącznie w celu prowadzenia eksperymentalnej terapii fagowej u pacjenta, dla którego został przygotowany. Niewykorzystany preparat należy zutylizować.
5. Standardowe opakowanie preparatu fagowego zawiera 33 fiołki/ampułki. W zależności od jego rodzaju w jednej fiołce/ampułce znajduje się 5 lub 10 ml preparatu.