



ЗАЯВКА ЗА БАЗОФИЛ-АКТИВАЦИОНЕН ТЕСТ (БАТ)

Имена

Дата на раждане:

Дата на посещение:

Телефон/ GSM:

Брой медикаменти:

Желая да бъдат изследвани следните медикаменти:**Функция**

- | | |
|---|------------|
| ☐ Clavulanic acid/Amoxicillin (Клавуланова киселина / Амоксицилин) | Антибиотик |
| ☐ Cephalosporin C (Цефалоспорин) | Антибиотик |
| ☐ Ceftriaxone (Цефтриаксон) | Антибиотик |
| ☐ Clarithromycin (Кларитромицин) | Антибиотик |
| ☐ Penicillin G (Пеницилин) | Антибиотик |
| ☐ Ampicillin (Ампицилин) | Антибиотик |
| ☐ Ciprofloxacin (Ципрофлоксацин) | Антибиотик |
| ☐ Sulfamethoxazole (Сулфаметоксазол) | Антибиотик |
| ☐ Tetracycline (Тетрациклин) | Антибиотик |
| ☐ Cefazolin (Цефазолин) | Антибиотик |
| ☐ Cefaclor (Цефаклор) | Антибиотик |
| ☐ Cefuroxime (Цефуросим) | Антибиотик |
| ☐ Clindamycin (Клиндамицин) | Антибиотик |

☐ Doxycycline (Доксициклин)	Антибиотик
☐ Levofloxacin (Левифлоксацин)	Антибиотик
☐ Dipyrone / Metamizole (Дипирон / Метамизол)	Аналгетик
☐ Salicylic acid (Аспирин)	Аналгетик
☐ Ibuprofen (Ибупрофен)	Аналгетик
☐ Acetaminophen/Paracetamol (Ацетаминофен/Парацетамол)	Аналгетик
☐ Bisoprolol (Бизопропол)	Бета-блокатор
☐ Iohexol (Йохексол)	Контрастно вещество
☐ Iomeprol (Йомепрол)	Контрастно вещество
☐ Lidocaine (Лидокаин)	Анестетик
☐ Propofol (Пропофол)	Миорелаксант
☐ Suxamethonium (Суксаметоний)	Миорелаксант
☐ Микс невромускулни блокери	Миорелаксант
☐ Пантопразол	Инхибитор на протонната помпа

Декларирам, че съм запознат със следните условия за извършване на БАТ тест:

- ☐ Реакция към медикамент може да бъде отчетена само при наличие на алергична реакция свързана с прием на съответния медикамент до 6 месеца преди провеждане на теста
- ☐ Приемът на кортикостероидни медикаменти трябва да бъде спрян минимум две седмици преди провеждане на теста.
- ☐ Удостоверявам, че моят лекар ме е информирал за уместността и обхвата на съответния диагностичен тест. Съгласявам се остатъчният клиничен материал да бъде съхраняван с цел верификация, допълнителни лабораторни назначения и научно-развойна дейност. С подписа си декларирам съгласие за съхранение и обработка на личните ми данни, съгласно ЗЗЛД и Директива 95/46/ЕО, от Лаборатория „Геника“ и СМДЛ „Геномен Център България“.

Подпис на пациента: