**Załącznik nr 2**

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 1** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| CEA | 100 |  |  |  |  |  |  |
| AFP | 80 |  |  |  |  |  |  |
| CA 125 | 300 |  |  |  |  |  |  |
| CA 15-3 | 90 |  |  |  |  |  |  |
| CA 19-9 | 170 |  |  |  |  |  |  |
| FPSA | 50 |  |  |  |  |  |  |
| PANEL PSA (TPSA, FPSA, wskaźnik %) | 500 |  |  |  |  |  |  |
| Panel ROMA  (Ca 125+HE4+ROMA) | 220 |  |  |  |  |  |  |
| Marker HE4 | 100 |  |  |  |  |  |  |
| β HCG (ilościowo) | 245 |  |  |  |  |  |  |
| HCG WOLNA PODJEDNOSTKA β | 5 |  |  |  |  |  |  |
| AMH | 35 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| ALDOSTERON | 20 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| KALCYTONINA | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| HORMON WZROSU | 3 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| INSULINOPODOBNY CZYNNIK WZROSTU IGF - 1 | 82 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| CHROMOGRANINA A | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 17-OH PROGESTERON | 100 |  |  |  |  |  |  |
| TYREOGLOBULINA | 22 |  |  |  |  |  |  |
| ANDROSTENDION | 100 |  |  |  |  |  |  |
| PARATHORMON | 180 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| SHBG | 90 |  |  |  |  |  |  |
| KORTYZOL | 200 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| DHEA SO4 | 223 |  |  |  |  |  |  |
| ACTH | 70 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 2** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| KATECHOLAMINY  (DZM)  -adrenalina  -noradrenalina  -dopamina | 3 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| METOKSY  KATECHOLAMINY  (DZM)  -metanefryna  -normetanefryna  -3-metoksytyramina | 3 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 17-KETOSTERYDY (DZM) | 3 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| 17-OH KORTYKOSTERYDY (DZM) | 3 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| KWAS HOMOWANILINOWY  (HVA DZM) | 2 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| KWAS HYDROKSYINDOLOOCTOWY (5-HIAA DZM) | 2 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| KWAS WANILINO-MIGDAŁOWY (DZM) | **2** |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza 6M HCl do zakwaszenia moczu. Cena zawiera koszt 6M HCl. |
| LIT (ilościowo) | 10 |  |  |  |  |  |  |
| AMONIAK | 2 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| MLECZANY | 2 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| KWAS WALPROINOWY | 30 |  |  |  |  |  |  |
| GENTAMYCYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| WANKOMYCYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| DIGOKSYNA | 1 |  |  |  |  |  |  |
| KARBAMAZEPINA | 5 |  |  |  |  |  |  |
| CERULOPLAZMINA | 3 |  |  |  |  |  |  |
| MIEDŹ (surowica) | 3 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 3** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| GAZOMETRIA PODSTAWOWA  (pH, pCO2, pO2, HCO3) | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| METHEMOGLOBINA | 5 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 4** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| HOMOCYSTEINA | 200 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| PROKALCYTONINA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C3 | 120 |  |  |  |  |  |  |
| DOPEŁNIACZ SKŁADOWA C4 | 115 |  |  |  |  |  |  |
| Elektroforeza białek (surowica) | 35 |  |  |  |  |  |  |
| Elektroforeza białek (mocz) | 3 |  |  |  |  |  |  |
| DEHYDROGENAZA MLECZANOWA | 50 |  |  |  |  |  |  |
| LIPAZA | 90 |  |  |  |  |  |  |
| WAPŃ ZJONIZOWANY (ISE) | 35 |  |  |  |  |  |  |
| FOSFATAZA KWAŚNA | 10 |  |  |  |  |  | Oferent dostarcza stabilizator do ACP. Cena badania zawiera koszt stabilizatora |
| TRANSFERYNA | 50 |  |  |  |  |  |  |
| IMMUNOGLOBULINA IgA | 40 |  |  |  |  |  |  |
| IMMUNOGLOBULINA IgG | 40 |  |  |  |  |  |  |
| IMMUNOGLOBULINA IgM | 40 |  |  |  |  |  |  |
| ANTYKOAGULANT TOCZNIOWY | 35 |  |  |  |  |  |  |
| FIBRYNOGEN | 105 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| NTproBNP | 130 |  |  |  |  |  |  |
| WSKAŹNIK  ALBUMUNA/KREATYNINA | 300 |  |  |  |  |  |  |
| MIKROALBUMINURIA | 20 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 5** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| HIV (PCR) test potwierdzający | 1 |  |  |  |  |  |  |
| RNA HCV (PCR) test potwierdzający | 2 |  |  |  |  |  |  |
| HBs Ag test potwierdzający | 2 |  |  |  |  |  |  |
| HBe Ag jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Anty- HBe jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Anty-HBc –total jakościowy | 30 |  |  |  |  |  |  |
| Anty –HBc IgM ilościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Anty - HAV Total jakościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Anty – HAV IgM ilościowy | 2 |  |  |  |  |  |  |
| RÓŻYCZKA IgG | 170 |  |  |  |  |  |  |
| RÓŻYCZKA IgM | 170 |  |  |  |  |  |  |
| CYTOMEGALIA IgG | 230 |  |  |  |  |  |  |
| CYTOMEGALIA IgM | 260 |  |  |  |  |  |  |
| HSV IgG jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| HSV IgM jakościowy | 1 |  |  |  |  |  |  |
| BRUCELOZA IgG | 1 |  |  |  |  |  |  |
| BRUCELOZA IgM | 1 |  |  |  |  |  |  |
| YERSINIA ENTEROCOLITICA IgA | 110 |  |  |  |  |  |  |
| YERSINIA ENTEROCOLITICA IgG | 90 |  |  |  |  |  |  |
| YERSINIA ENTEROCOLITICA IgM | 110 |  |  |  |  |  |  |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgG | 40 |  |  |  |  |  |  |
| MYCOPLASMA PNEUMONIAE IgM | 40 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgA | 10 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgG | 5 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA PNEUMONIAE IgM | 15 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgA | 60 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgG | 40 |  |  |  |  |  |  |
| CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgM | 60 |  |  |  |  |  |  |
| KRZTUSIEC IgA | 25 |  |  |  |  |  |  |
| KRZTUSIEC IgG | 55 |  |  |  |  |  |  |
| KRZTUSIEC IgM | 25 |  |  |  |  |  |  |
| TOXOCARA CANIS IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| KIŁA FTA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| KIŁA TPHA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| KIŁA FTA ABS | 2 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………………………….

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 6** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Orientacyjna ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| **HPV-DNA + min14 wysokoonkogennych typów wirusa. Genotypy: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68. Czułość i swoistość testu nie mniej niż 90%** | **25** |  |  |  |  |  | **Oferent dostarczy wymagane wymazówki i podłoża transportowe.** |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 7** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| PRZECIWCIAŁA ANA (immunofluorescencja pośrednia – test przesiewowy.  Wynik obejmuje: obecność/nieobecność p/c, w przypadku obecności miano, typ świecenia) | 110 | **Wynik ujemny** |  |  |  |  |  |
| **Wynik dodatni** |  |  |
| PRZECIWCIAŁA ANA (met.immunofluorescencja pośrednia i immunodyfuzja) | 70 |  |  |  |  |  |  |
| PRZECIWCIAŁA ANA (met. immunoblot min.16 antygenów) | 200 |  |  |  |  |  |  |
| PRZECIWCIAŁA ANA (met. immunofluorescencja pośrednia i immunoblot) Gold Standard | 300 |  |  |  |  |  |  |
| Przeciwciała przeciw antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) | 50 |  |  |  |  |  |  |
| AUTOPRZECIWCIAŁA dsDNA | 30 |  |  |  |  |  |  |
| PRZECIWCIAŁA AChR | 10 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 8** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| ARO | 2 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| P/C p. beta-2-GLIKOPROTEINIE IgG, IgM | 5 |  |  |  |  |  |  |
| P/C p. KARDIOLIPINIE IgG, IgM | 10 |  |  |  |  |  |  |
| α 1 ANTYTRYPSYNA | 2 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 9** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| HLA B27 | 40 |  |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 10** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 12 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| INSULINA | 500 |  |  |  |  |  |  |
| C-PEPTYD | 20 |  |  |  |  |  |  |
| P/C anty-GAD IgG (ilościowo) | 5 |  |  |  |  |  |  |
| P/C anty IA2 | 5 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 11** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Odległość**  **(w km) od Punktu pobierania w Rzeszowie do miejsca wykonywania badań** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| P/C PRZECIW TRANSGLUTAMINAZIE TKANKOWEJ | | | | | | | | |
| 1 | Anty-tTG IgA | 8 |  |  |  |  |  |  |
| Anty-tTG IgG | 8 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWGLIDYNOWE | | | | | | | | |
| 2 | AGA IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| AGA IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |
| P/C PRZECIWENDOMYZIALNE | | | | | | | | |
| 3 | EMA IgA | 2 |  |  |  |  |  |  |
| EMA IgG | 2 |  |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 12** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | | **3** | | | **6** | **7** | **8** |
| **Lp** | **Nazwa Badania** | | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie (z wyłączeniem przypadków niewykonywania)** | | | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| **Bakter.** | **Mykolog.** | **Beztlenow.** |
|  | **WYMAZ Z GARDŁA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z**  **JAMY USTNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z NOSA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z MIGDAŁKÓW** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z UCHA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z WORKA SPOJÓWKOWEGO** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z PĘPKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ ZE ZMIANY SKÓRNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z RANY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z**  **OWRZODZENIA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z**  **CZYRAKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ ZE STOPY CUKRZYCOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODLEŻYNY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ SPOD NAPLETKA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z PRZEDSIONKA POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ POCHWY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z RURKI TRACHEOTOMIJNEJ** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z POCHWY (GBS)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU (GBS)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ Z ODBYTU (SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |
|  | **WYMAZ Z CEWKI MOCZOWEJ (MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  | **Oferent dostarczy wymagane wymazówki i podłoża transportowe.** |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **WYMAZ KANAŁU SZYJKI MACICY**  **(MYCOPLASMA HOM./UREAPLASMA SPP.)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  | **Oferent dostarczy wymagane wymazówki i podłoża transportowe.** |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ANTYGEN GDH I TOKSYNA A/B W KALE)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTYGEN** | wynik ujemny |  |  |  |  |  | **Oferent dostarczy wymagane wymazówki i podłoża transportowe.** |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW MOCZU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW KAŁU** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW PLWOCINY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW NASIENIA** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW ROPY** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW PŁYNU STAWOWEGO** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **POSIEW KAŁU**  **(SALMENELLA/SHIGELLA)** | wynik ujemny |  |  |  |  |  |  |
| wynik dodatni z antybiogramem |  |  |  |  |
|  | **ROTA I ADENOWIRUSY W KALE** |  |  | | |  |  |  |

Wartość pakietu:………………………………………..

|  |
| --- |
| **Pakiet Nr 13** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj usługi/badania, konsultacji/** | **Ilość badań w okresie 24 miesięcy** | **Proponowana cena brutto**  **za 1 badanie** | **Wartość badań (Iloczyn kolumny 3 i 4)** | **Miejsce (adres)**  **wykonywania badania** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Uwagi** |
| 1 | **Opracowanie preparatu w kierunku prątków gruźlicy** | 20 |  |  |  |  | Oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badania, od pacjenta w siedzibie Oferenta. Cena badania zawiera koszt pobrania. |
| 2 | **Preparat CITO w kierunku prątków gruźlicy** | 1 |  |  |  |  |  |
| 3 | **Posiew w kierunku gruźlicy na podłożu L-J i Stonebrinka (w tym preparat)** | 20 |  |  |  |  |  |
| 4 | **Lekowrażliwość na 4 podstawowe leki p/prątkowe metodą tradycyjną** | 10 |  |  |  |  |  |
| 5 | **Lekowrażliwość rozszerzona + testy dla mykobakterii atypowych i opornych szczepów M. tuberculosis (metoda tradycyjna)** | 5 |  |  |  |  |  |
| 6 | **Posiew na podłożu BACTEC MGIT 960 (plwocina, wycinek, ropa, wyskrobiny, płyny ustrojowe, popłuczyny oskrzelowe itp.)** | 10 |  |  |  |  |  |
| 7 | **Lekowrażliwość w czułym systemie hodowlanym (4 podstawowe leki p/prątkowe)** | 10 |  |  |  |  |  |
| 8 | **Lekowrażliwość na PZA** | 10 |  |  |  |  |  |
| 9 | **Test QuantiFERON-TB GOLD IT (badanie z krwi w kierunku wykrywania zakażenia latentnego prątkiem gruźlicy)** | 1 |  |  |  |  |  |
| 10 | **Test QuantiFERON-TB GOLD IT (badanie z krwi w kierunku wykrywania zakażenia latentnego prątkiem gruźlicy) - tryb "cito"** | 1 |  |  |  |  |  |
| 11 | **Badanie genetyczne w kierunku M. tuberculosis complex** | 1 |  |  |  |  |  |

Wartość pakietu:……………………..

Czas oczekiwania na realizację badania:………………