

ILOG Number

--	--	--	--	--	--	--	--

Laboratory Number

Date Collected (dd/mm/yy)

Time Collected (hr/min)

*laboratory use only*

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

contact phone number for urgent results reporting

Sender's Referral Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Routine  Urgent

Specimen Type

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Surname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Forename(s)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth (dd/mm/yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NHS Number (IMPORTANT)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender

Female  Male

District Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospital / Reference Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Private

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Town

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Post Code

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Consultant / GP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ward / Department / Surgery / Health Centre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Location / Hospital

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**KEEP WRITING WITHIN THE BOX LINES FILL BOXES LIKE THIS  KEEP WRITING WITHIN THE BOX LINES**

**Clinical Features**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatic       | <input type="checkbox"/> Lower Respiratory Tract Infection   | <input type="checkbox"/> Post Vaccination    | <input type="checkbox"/> Suspected Congenital Infection    |
| <input type="checkbox"/> Diarrhoea/Vomiting | <input type="checkbox"/> Myocarditis / Pericarditis          | <input type="checkbox"/> Pyrexia             | <input type="checkbox"/> Upper Respiratory Tract Infection |
| <input type="checkbox"/> Immunocompromised  | <input type="checkbox"/> Neurological Disease (give details) | <input type="checkbox"/> Rash (give details) | <input type="checkbox"/> Localised Skin Lesion             |

Date of Onset (dd/mm/yy)

--	--	--	--	--	--

Other (give details):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recent Travel

Yes  No

Date of Travel (dd/mm/yy)

--	--	--	--	--	--

Country of Travel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(APPROPRIATE SAMPLES: if uncertain, contact laboratory for details of appropriate sample)

**Bacteriology Assays**

- Bordetella pertussis PCR
- Carbapenamase Producing Enterobacter (CPE) PCR
- Chlamydia/GC NAAT
- Clostridium difficile PCR
- Haemophilus influenza PCR
- Meningococcal / Pneumococcal PCR
- Mycobacterium tuberculosis PCR
- Mycoplasma pneumoniae PCR
- Syphilis PCR

**Mycology Assays**

- Aspergillus PCR
- Candida PCR
- Pneumocystis PCR

**Parasitology Assays**

- Toxoplasma PCR
- Trichomonas vaginalis NAAT

Other (specify):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Virology Assays**

- Adenovirus PCR
- BKJC virus PCR
- CMV Viral Load
- CMV Resistance  UL54  UL97
- EBV Viral Load
- Enterovirus PCR
- Gastric virus PCR (inc. Norovirus)
- Hepatitis B Viral Load
- Hepatitis B Resistance type
- Hepatitis C Viral Load
- Hepatitis C Genotype
- Hepatitis D - Delta PCR
- Herpes simplex 1&2 PCR
- HHV 6&7 PCR
- HIV RNA Viral Load
- HIV Antiviral Resistance \*  Protease RT  Integrase
- HPV Detection  High Risk DNA  Genotype
- Measles virus PCR
- Parvovirus B19 PCR
- Respiratory virus PCR
- VZV PCR

\* HIV Antiviral Resistance: tropism available via separate request form