

Proszę wybrać i zaznaczyć badania oraz rodzaj materiału, z którego badanie ma być wykonane^{*)}:

Badanie	Data i godzina pobrania	Sucha kropla krwi (SKK)	Surowica	Osocze (K3EDTA)	Osocze (heparyna litowa)	Krew pełna (K3EDTA / FH)	Mocz / DZM	Płyn mózgowo-rdzeniowy (PMR)
Tandem MS °		<input type="checkbox"/>						
Aminokwasy		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aminokwasy + Alloizoleucyna		<input type="checkbox"/>						
Acylokarnityny		<input type="checkbox"/>						
3-O-metylodopa		<input type="checkbox"/>						
Homocysteina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
LPC – pochodne VLCFA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lizosfingomieliny (LSM, LSM-509)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Glukozylosfingozyna (LysoGb1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Globotriaosfingozyna (LysoGb3)			<input type="checkbox"/>					
Kwasy organiczne, jakościowo °							<input type="checkbox"/>	
Puryny i pirymidyny							<input type="checkbox"/>	
SAICAR, S-Ado i AICAR, jakościowo							<input type="checkbox"/>	
Witamina D [25(OH)D ₃ , 25(OH)D ₂ , 24,25(OH) ₂ D ₃]		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Koenzym Q10 (Ubiquinon)			<input type="checkbox"/>					
Kwasy omega (EPA/DHA)		<input type="checkbox"/> **)				<input type="checkbox"/>		
Witamina A (Retinol)			<input type="checkbox"/>					
Witamina E (Gamma-tokoferol)			<input type="checkbox"/>					
Fosfatydyloetanol (PEth)						<input type="checkbox"/>		
Substancje odurzające, ilościowo °						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Metoksykatecholaminy, wolne				<input type="checkbox"/>				

^{*)} Wybór badań możliwy jedynie w miejscach oznaczonych kratką

^{**)} Bibuła nasączona roztworem zabezpieczającym przed rozkładem kwasów tłuszczowych

INNE BADANIA (po uzgodnieniu z Laboratorium)

.....

Wypełnia Laboratorium:

.....
 Data i godz. przyjęcia materiałów do Laboratorium

.....
 Czytelny podpis osoby przyjmującej materiały