



SKIEROWANIE NA BADANIA LABORATORYJNE

Dane pacjenta: imię i nazwisko (wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

data urodzenia -- r **płeć:** K / M* **PESEL**

telefon: **e-mail:**

numer identyfikacyjny pacjenta (podać przy braku innych danych):

miejsce zamieszkania / oddział szpitalny*:

miejsowość ulica

nr domu nr lokalu kod pocztowy-..... * niepotrzebne skreślić

Dane jednostki zlecającej:

nazwa

.....

telefon **e-mail:**

Pieczęć jednostki zlecającej

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

Data zlecenia badania: - - r

Dane do przesłania wyników badań:

- jak dane pacjenta
- jak dane jednostki zlecającej

Istotne dane kliniczne pacjenta

.....

.....

.....

Tryb wykonania badań: zwykły (laboratorium nie wykonuje badań w trybie cito)

Proszę zaznaczyć badania do wykonania:

<p style="text-align: center;">SUCHA KROPLA KRWI</p> <input type="checkbox"/> aminokwasy <input type="checkbox"/> homocysteina <input type="checkbox"/> acylokarnityny <input type="checkbox"/> 3-O-metylodopa	<p style="text-align: center;">SUROWICA</p> <input type="checkbox"/> aminokwasy <input type="checkbox"/> homocysteina <input type="checkbox"/> 25(OH)D, 24,25(OH) ₂ D ₃ , 3-epi-25(OH)D ₃ <input type="checkbox"/> 1,25(OH) ₂ D ₃ <input type="checkbox"/> koenzym Q10 <input type="checkbox"/> witamina A <input type="checkbox"/> witamina E
<p style="text-align: center;">KREW PEŁNA</p> <input type="checkbox"/> glutation zredukowany/utleniony (EDTA) <input type="checkbox"/> długołańcuchowe kwasy tłuszczowe Ω (EDTA)	<p style="text-align: center;">ŚLINA</p> <input type="checkbox"/> kortyzol i kortyzon
<p style="text-align: center;">MOCZ</p> <input type="checkbox"/> puryny i pirymidyny <input type="checkbox"/> SAICAR, S-Ado i AICAR** <input type="checkbox"/> kwasy organiczne** <small>** oznaczenie jakościowe</small>	<p style="text-align: center;">OSOCZE</p> <input type="checkbox"/> metoksykatecholaminy (EDTA)

Data i godz. pobrania suchej kropli krwi : Podpis osoby pobierającej:	Kod do rejestracji
---	---------------------------

Data i godz. pobrania krwi pełnej : Podpis osoby pobierającej:	Kod do rejestracji
--	---------------------------

Data i godz. pobrania moczu : Podpis osoby pobierającej:	Kod do rejestracji
--	---------------------------

Data i godz. pobrania surowicy : Podpis osoby pobierającej:	Kod do rejestracji
---	---------------------------

Data i godz. pobrania śliny : Podpis osoby pobierającej:	Kod do rejestracji
--	---------------------------

Data i godz. pobrania osocza : Podpis osoby pobierającej:	Kod do rejestracji
---	---------------------------

Wypełnia laboratorium:

Data i godz. przyjęcia materiałów do laboratorium:.....

Czytelny podpis osoby przyjmującej materiały:.....