

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin
tel.091 88 06 544

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin
tel.091 88 06 544

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -HEMATOLOGIA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**
Rodzaj pobranego materiału*

krew żylna
krew włośniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....,płeć* K M

Zlecone badania:*

- Morfologia +płytki+rozmaz z aparatu
- OB
- Rozmaz manualny
- Retikulocyty
- Płytki krwi met. bezpośrednią
- Oporność osmotyczna

.....
/Podpis i pieczętka zlecającego badanie/

.....
/Podpis osoby pobierającej materiał do badania/

Istotne dane kliniczne pacjenta /rozpoznanie w j. Polskim/.....

Data i godzina pobrania materiału.....

Data ni godzin przyjęcia materiału.....

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku..

* właściwe zaznaczyć

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -HEMATOLOGIA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**
Rodzaj pobranego materiału*

krew żylna
krew włośniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....,płeć* K M

Zlecone badania:*

- Morfologia +płytki+rozmaz z aparatu
- OB
- Rozmaz manualny
- Retikulocyty
- Płytki krwi met. bezpośrednią
- Oporność osmotyczna

.....
/Podpis i pieczętka zlecającego badanie/

.....
/Podpis osoby pobierającej materiał do badania/

Istotne dane kliniczne pacjenta /rozpoznanie w j. Polskim/.....

Data i godzina pobrania materiału.....

Data ni godzin przyjęcia materiału.....

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku..

* właściwe zaznaczyć

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin
tel.091 88 06 544

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna 4
70-780 Szczecin
tel.091 88 06 544

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -HEMATOLOGIA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**
Rodzaj pobranego materiału*

krew żylna
krew włośniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....,płeć* K M

Zlecone badania:*

- Morfologia +płytki+rozmaz z aparatu
- OB
- Rozmaz manualny
- Retikulocyty
- Płytki krwi met. bezpośrednią
- Oporność osmotyczna

.....
/Podpis i pieczętka zlecającego badanie/

.....
/Podpis osoby pobierającej materiał do badania/

Istotne dane kliniczne pacjenta /rozpoznanie w j. Polskim/.....

Data i godzina pobrania materiału.....

Data ni godzin przyjęcia materiału.....

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku..

* właściwe zaznaczyć

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -HEMATOLOGIA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**
Rodzaj pobranego materiału*

krew żylna
krew włośniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....,płeć* K M

Zlecone badania:*

- Morfologia +płytki+rozmaz z aparatu
- OB
- Rozmaz manualny
- Retikulocyty
- Płytki krwi met. bezpośrednią
- Oporność osmotyczna

.....
/Podpis i pieczętka zlecającego badanie/

.....
/Podpis osoby pobierającej materiał do badania/

Istotne dane kliniczne pacjenta /rozpoznanie w j. Polskim/.....

Data i godzina pobrania materiału.....

Data ni godzin przyjęcia materiału.....

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku..

* właściwe zaznaczyć