

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 -KOAGULOLOGIA

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....pleć* K M

Zlecone badania:*
APTT
PT
Fibrynogen
D-dimery
Inne

.....
/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 -KOAGULOLOGIA

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....pleć* K M

Zlecone badania:*
APTT
PT
Fibrynogen
D-dimery
Inne

.....
/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 -KOAGULOLOGIA

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....pleć* K M

Zlecone badania:*
APTT
PT
Fibrynogen
D-dimery
Inne

.....
/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 -KOAGULOLOGIA

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL.....pleć* K M

Zlecone badania:*
APTT
PT
Fibrynogen
D-dimery
Inne

.....
/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