

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna4
70-780 Szczecin
tel. 091 88 06 544

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna4
70-780 Szczecin
tel. 091 88 06 544

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -ANALITYKA OGÓLNA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**

Rodzaj pobranego materiału*
mocz
kał
płyn m-r
płyn stawowy
dializat
płyny z jamy ciała

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

DZM:	badanie ogólne	Tłuszcze,skrobia lamblicie owsiki krew utajona
	białko	
	glukoza	
	Liczba Addisa	
	Sód	
	Potas	
	Magnez	cytoza
	Wapń	preparat bezpośredni
	Kreatynina	
	Kwas moczowy	inne
	Mocznik	

.....
/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 -ANALITYKA OGÓLNA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**

Rodzaj pobranego materiału*
mocz
kał
płyn m-r
płyn stawowy
dializat
płyny z jamy ciała

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

DZM:	badanie ogólne	Tłuszcze,skrobia lamblicie owsiki krew utajona
	białko	
	glukoza	
	Liczba Addisa	
	Sód	
	Potas	
	Magnez	cytoza
	Wapń	preparat bezpośredni
	Kreatynina	
	Kwas moczowy	inne
	Mocznik	

.....
/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. Mączna4
70-780 Szczecin
tel. 091 88 06 544

Dane jednostki zlecającej badania/oddział



Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Mączna4
70-780 Szczecin
tel. 091 88 06 544

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -ANALITYKA OGÓLNA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**

Rodzaj pobranego materiału*
mocz
kał
płyn m-r
płyn stawowy
dializat
płyny z jamy ciała

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

DZM:	badanie ogólne	Tłuszcze,skrobia lamblicie owsiki krew utajona
	białko	
	glukoza	
	Liczba Addisa	
	Sód	
	Potas	
	Magnez	cytoza
	Wapń	preparat bezpośredni
	Kreatynina	
	Kwas moczowy	inne
	Mocznik	

.....
/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 -ANALITYKA OGÓLNA

Tryb wykonania badania* **Normalny** **Cito**

Rodzaj pobranego materiału*
mocz
kał
płyn m-r
płyn stawowy
dializat
płyny z jamy ciała

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

DZM:	badanie ogólne	Tłuszcze,skrobia lamblicie owsiki krew utajona
	białko	
	glukoza	
	Liczba Addisa	
	Sód	
	Potas	
	Magnez	cytoza
	Wapń	preparat bezpośredni
	Kreatynina	
	Kwas moczowy	inne
	Mocznik	

.....
/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