

Dane jednostki zlecającej
badania/oddział



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

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO - PRACOWNIA BIOCHEMICZNA

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

Rodzaj pobranego materiału*

- krew żylna
- krew włośniczkowa
- mocz
- płyn mózgowo-rdzeniowy
- inne

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Na | <input type="checkbox"/> HbA1C glikowana |
| <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> gentamycyna |
| <input type="checkbox"/> Ca | <input type="checkbox"/> wankomycyna |
| <input type="checkbox"/> Cl | <input type="checkbox"/> amikacyna |
| <input type="checkbox"/> Ca zjon | <input type="checkbox"/> PCT |
| <input type="checkbox"/> Mg | <input type="checkbox"/> Troponina I |
| <input type="checkbox"/> P | <input type="checkbox"/> Cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Albumina | <input type="checkbox"/> Trójglicerydy |
| <input type="checkbox"/> CRP-ultraczułe | <input type="checkbox"/> HDL |
| <input type="checkbox"/> Białko | <input type="checkbox"/> LDL |
| <input type="checkbox"/> mocznik | <input type="checkbox"/> bili-T |
| <input type="checkbox"/> kreatynina | <input type="checkbox"/> Bili-D |
| <input type="checkbox"/> kwas moczowy | <input type="checkbox"/> Fe |
| <input type="checkbox"/> glukoza | <input type="checkbox"/> UIBC |
| <input type="checkbox"/> AST | <input type="checkbox"/> Esteraza cholinowa |
| <input type="checkbox"/> ALT | <input type="checkbox"/> Amoniak |
| <input type="checkbox"/> Amy | <input type="checkbox"/> Lit |
| <input type="checkbox"/> GGT | <input type="checkbox"/> Kwas mlekowy |
| <input type="checkbox"/> ALK_P | <input type="checkbox"/> Esteraza cholinowa |
| <input type="checkbox"/> CK | <input type="checkbox"/> Kwas walproinowy |
| <input type="checkbox"/> CK-MB | <input type="checkbox"/> Inne |

.....
/Podpis i pieczęć zlecającego badanie/

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

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

.....
Data i godzina pobrania materiału.....

.....
Data i godzina przyjęcia materiału.....

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

.....

* właściwie zaznaczyć