

Dane jednostki zlecającej badania / oddział

Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ "Zdroje"
ul. Św. Wojciecha 7
70-410 Szczecin
tel. 91 88 06 093

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO – CHEMIA KLINICZNA

Tryb wykonania badania*: Normalny Cito

biom. w. 1

Rodzaj pobranego materiału*: krew , mocz ,

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL Płeć*: K , M

- Zlecone badania*:
- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sód | <input type="checkbox"/> AST | <input type="checkbox"/> Glukoza |
| <input type="checkbox"/> Potas | <input type="checkbox"/> ALT | <input type="checkbox"/> Trójglicerydy |
| <input type="checkbox"/> Chlorki | <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Cholesterol całkow. |
| <input type="checkbox"/> Wapń całkowity | <input type="checkbox"/> GGTP | <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL |
| <input type="checkbox"/> Wapń zjonizowany | <input type="checkbox"/> Białko | <input type="checkbox"/> Bilirubina całkow. |
| <input type="checkbox"/> Fosfor nieorg. | <input type="checkbox"/> Albuminy | <input type="checkbox"/> Bilirubina wolna |
| <input type="checkbox"/> Magnez | <input type="checkbox"/> Moczniak | <input type="checkbox"/> Żelazo |
| <input type="checkbox"/> ALP | <input type="checkbox"/> Kreatynina | <input type="checkbox"/> Proteinogram |
| <input type="checkbox"/> Amylaza | <input type="checkbox"/> Kwas moczowy | <input type="checkbox"/> Białko CRP |
| | <input type="checkbox"/> Inne | |

Podpis i pieczęćka zlecającego badanie Podpis osoby pobierającej materiał do badania

Istotna dane kliniczne pacjenta (rozpoznanie w j. polskim)

Data i godzina pobrania materiału
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium
Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku

Dane jednostki zlecającej badania / oddział

Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ "Zdroje"
ul. Św. Wojciecha 7
70-410 Szczecin
tel. 91 88 06 093

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO – CHEMIA KLINICZNA

Tryb wykonania badania*: Normalny Cito

biom. w. 1

Rodzaj pobranego materiału*: krew , mocz ,

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL Płeć*: K , M

- Zlecone badania*:
- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sód | <input type="checkbox"/> AST | <input type="checkbox"/> Glukoza |
| <input type="checkbox"/> Potas | <input type="checkbox"/> ALT | <input type="checkbox"/> Trójglicerydy |
| <input type="checkbox"/> Chlorki | <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Cholesterol całkow. |
| <input type="checkbox"/> Wapń całkowity | <input type="checkbox"/> GGTP | <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL |
| <input type="checkbox"/> Wapń zjonizowany | <input type="checkbox"/> Białko | <input type="checkbox"/> Bilirubina całkow. |
| <input type="checkbox"/> Fosfor nieorg. | <input type="checkbox"/> Albuminy | <input type="checkbox"/> Bilirubina wolna |
| <input type="checkbox"/> Magnez | <input type="checkbox"/> Moczniak | <input type="checkbox"/> Żelazo |
| <input type="checkbox"/> ALP | <input type="checkbox"/> Kreatynina | <input type="checkbox"/> Proteinogram |
| <input type="checkbox"/> Amylaza | <input type="checkbox"/> Kwas moczowy | <input type="checkbox"/> Białko CRP |
| | <input type="checkbox"/> Inne | |

Podpis i pieczęćka zlecającego badanie Podpis osoby pobierającej materiał do badania

Istotna dane kliniczne pacjenta (rozpoznanie w j. polskim)

Data i godzina pobrania materiału
Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium
Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku