

Dane jednostki zlecającej
badania/oddział

Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Św. Wojciecha 7
70-410 Szczecin
tel. 091 88 06 093

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -HEMATOLOGIA I KOAGULOLOGIA

Tryb wykonania badania* Normalny Cito

Rodzaj pobranego materiału*
 krew żylna
 krew włosniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL..... plec* K M

Zlecone badania.*

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

Podpis i pieczęćka 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

Druk: BEST-PRINT Gdańsk (47A/2010)

Dane jednostki zlecającej
badania/oddział

Laboratorium Analityczne
SPS ZOZ „Zdroje”
ul. Św. Wojciecha 7
70-410 Szczecin
tel. 091 88 06 093

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO -HEMATOLOGIA I KOAGULOLOGIA

Tryb wykonania badania* Normalny Cito

Rodzaj pobranego materiału*
 krew żylna
 krew włosniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL..... plec* K M

Zlecone badania.*

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

Podpis i pieczęćka 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

Druk: BEST-PRINT Gdańsk (47A/2010)