

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 IMMUNOCHEMIA

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

Rodzaj pobranego materiału*

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

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> HCG |
| <input type="checkbox"/> FT3 | <input type="checkbox"/> Ca 125 |
| <input type="checkbox"/> FT4 | <input type="checkbox"/> Ca 15-3 |
| <input type="checkbox"/> LH | <input type="checkbox"/> Ca 19-9 |
| <input type="checkbox"/> FSH | <input type="checkbox"/> CEA |
| <input type="checkbox"/> Progesteron | <input type="checkbox"/> T PSA |
| <input type="checkbox"/> Prolaktyna | <input type="checkbox"/> AFP |
| <input type="checkbox"/> Testosteron | <input type="checkbox"/> HBS -Ag |
| <input type="checkbox"/> Estradiol | <input type="checkbox"/> anty -HCV |
| <input type="checkbox"/> Parathormon | <input type="checkbox"/> Toxo - IgM |
| <input type="checkbox"/> Wit.D3 | <input type="checkbox"/> Toxo - IgG |
| <input type="checkbox"/> Ferrytyna | <input type="checkbox"/> Rubella Ig-M |
| <input type="checkbox"/> Kwas foliowy | <input type="checkbox"/> Rubella Ig G |
| <input type="checkbox"/> Interleukina 6 | <input type="checkbox"/> CMV Ig -M |
| <input type="checkbox"/> Digitoksyna | <input type="checkbox"/> CMV Ig-G |
| <input type="checkbox"/> Kortyzol | <input type="checkbox"/> Rubella |
| <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Borelioza |
| <input type="checkbox"/> DHEA_SO4 | <input type="checkbox"/> Inne |
| <input type="checkbox"/> anty -TPO | |

.....
/ 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..

.....

* właściwe zaznaczyć