

Dane jednostki zlecającej
badania/oddział

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

Dane jednostki zlecającej
badania/oddział

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

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO- PRACOWNIA SEROLOGII

Tryb wykonania badania* Normalny Cito
Rodzaj pobranego materiału*
 krew żylna
 krew włośniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

- Grupa krwi i Rh
- Identyfikacja przeciwciał odpornościowych u ciężarnych/odczyn Coombsa/
- odczyn ASO
- Czynniki reumatoidalny RF
- WR
- Test PCT-Q
- 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..

* właściwe zaznaczyć

Druk: BEST-PRINT Gdańsk (48a/2010)

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO- PRACOWNIA SEROLOGII

Tryb wykonania badania* Normalny Cito
Rodzaj pobranego materiału*
 krew żylna
 krew włośniczkowa

Imię i nazwisko pacjenta.....

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

Zlecone badania:*

- Grupa krwi i Rh
- Identyfikacja przeciwciał odpornościowych u ciężarnych/odczyn Coombsa/
- odczyn ASO
- Czynniki reumatoidalny RF
- WR
- Test PCT-Q
- 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..

* właściwe zaznaczyć

Druk: BEST-PRINT Gdańsk (48a/2010)