



Nr pacjenta:

Jednostka zlecająca / miejsce przesłania wyniku lub sprawozdania, dnia
Instytut - Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka ZAKŁAD BIOCHEMII KLINICZNEJ PRACOWNIA TERAPII MONITOROWANEJ, FARMAKOKINETYKI KLINICZNEJ I TOKSYKOLOGII Tel. 22 815-16-40 04-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20 e-mail: zaklad.biochemia@ipczd.pl 000000018625-121-658-7100 REGON: 000557961 NIP: 952-11-43-675	

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

Nazwisko i imię:	Płeć:	Wiek:	Nr kartoteki:
PESEL:	Data urodzenia:	Adres zamieszkania / Oddział szpitalny:	

Numer PESEL* - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka- numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego nr PESEL - rodzaj i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Nazwisko i Imię opiekuna prawnego:			
Adres zamieszkania opiekuna:			
Data i godzina zlecenia:	Zlecono na:	Priorytet: JAK PONIŻEJ	
Badanie	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał	Numer próbki
JAK PONIŻEJ			JAK PONIŻEJ
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?			TAK/NIE

Istotne dane kliniczne

LISTA BADAŃ					
wybrane badania zaznaczyć X uwzględniając tryb wykonania badania (zwykły / cito)					
materiał do badań: surowica (krew pobrana „na skrzep”)					
Zwykły	Cito		Zwykły	Cito	
DIAGNOSTYKA CHOROŃ TARCZYCY					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aTG (przeciwciała przeciwko tyreoglobulinie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aTPO (przeciwciała przeciwko peroksydazie tarczycowej)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FT ₃ (wolna trójjodotyronina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FT ₄ (wolna tyroksyna)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TSH (tyreoglobulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Test tyreoliberynowy (TSH z TRH) <input type="checkbox"/> 0min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 60min <input type="checkbox"/> 90min <input type="checkbox"/> 120min
DIAGNOSTYKA ZABURZEŃ HORMONÓW PŁCIOWYCH					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DHEA-S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LH (test dynamiczny) <input type="checkbox"/> 0min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 60min <input type="checkbox"/> 90min <input type="checkbox"/> 120min <input type="checkbox"/> 150min <input type="checkbox"/> 180min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	estradiol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FSH (test dynamiczny) <input type="checkbox"/> 0min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 60min <input type="checkbox"/> 90min <input type="checkbox"/> 120min <input type="checkbox"/> 150min <input type="checkbox"/> 180min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	progesteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prolaktyna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	makroprolaktyna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prolaktyna (test dynamiczny) <input type="checkbox"/> 0min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 60min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SHBG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	testosteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OCENA CZYNNOSCIOWA KORY NADNERCZY					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kortyzol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	test z Synacthenem <input type="checkbox"/> 0min <input type="checkbox"/> 20min <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 60min <input type="checkbox"/> 90min <input type="checkbox"/> 120min
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kortyzol (popołudniowy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kortyzol w moczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rytm dobowy <input type="checkbox"/> 00:00 <input type="checkbox"/> 00:30 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00 <input type="checkbox"/> 08:30

INNE BADANIA IMMUNOCHEMICZNE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AFP (alfa-fetoproteina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ferrytyna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTH (parathormon)			

Uwagi:

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego