



Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"
Aleja Dzieci Polskich 20
04 - 730 Warszawa

Nr Zlecenia

Nr pacjenta:

Jednostka zlecająca / miejsce przesłania wyniku lub sprawozdania, dnia
Instytut - Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka ZAKŁAD BIOCHEMII KLINICZNEJ PRACOWNIA ZABURZEŃ METABOLIZMU I STEROIDOGENEZY Tel. 22 815-17-07 304-730 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: ZWYKŁY/ CIOTO	
Badanie	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał	Materiał	Numer próbki
7/8 DEHYDROCHOLESTEROL			OSOCZE (HEPARYNA LITOWA)	
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?				TAK/NIE

Istotne dane kliniczne:

FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH							
NOWORODKI I NIEMOWLĘTA do 6 miesiąca życia				DZIECI I DOROŚLI			
Waga urodzeniowa:				Wzrost:			
Aktualna waga:				Waga:			
	NIE	TAK	Komentarz		NIE	TAK	Komentarz
Syndaktylia lub polidaktylia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Opóźniony rozwój umysłowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rozszczepienie podniebienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Syndaktylia lub polidaktylia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Niski przyrost masy ciała</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rozszczepienie podniebienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Niski poziom cholesterolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Niski przyrost masy ciała</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wady serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Niski poziom cholesterolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wady serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne:				Obciążający wywiad rodzinny		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Inne:			

Uwagi:

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego