



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
DIAGNOSTYKA PRENATALNA SLOS			JAK PONIŻEJ	
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?				TAK/NIE

Istotne dane kliniczne:

FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH

<input type="checkbox"/> MOCZ		<input type="checkbox"/> PŁYN OWODNIOWY	
Data ostatniej miesiączki		Hbd (tyg)	
	NIE	TAK	
Leczenie hormonalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Znane ryzyko SLOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieprawidłowe USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieprawidłowy wynik testu potrójnego			
Kreatynina mg%			

Uwagi:

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego