



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/ CITO	
Badanie	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał	Materiał	Numer próbki
NEUROTRANSMITERY W PŁYNIE MÓZGOWO- RDZENIOWYM (PMR)			PMR	
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?				TAK/NIE

Istotne dane kliniczne

FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH				
Obciążony wywiad rodzinny:		Obciążony wywiad płodowo/okołoporodowy		
Aktualna masa ciała		Aktualny obwód głowy	Tydzień ciąży, w którym nastąpił poród	
Leki przyjmowane				
<input type="checkbox"/> Opóźnienie rozwoju psychoruchowego	<input type="checkbox"/> Nadmierne ślinienie	<input type="checkbox"/> Obniżone napięcie mięśniowe	<input type="checkbox"/> Dobowa fluktuacja objawów	
Napady padaczkowe: <input type="checkbox"/> miokloniczne <input type="checkbox"/> kloniczne <input type="checkbox"/> toniczne <input type="checkbox"/> zgięciowe <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Napadowe czerwienie twarzy	<input type="checkbox"/> Wzmoczone napięcie mięśniowe spastyczne /plastyczne	<input type="checkbox"/> Zespół: postępujący/ stacjonarny	
	<input type="checkbox"/> Zaburzenie perystaltyki jelit	<input type="checkbox"/> Zespół piramidowy	Nieprawidłowy RM mózgu	
	Zaburzenia regulacji temperatury: <input type="checkbox"/> hipotermia / hipertermia <input type="checkbox"/> hipotensja	<input type="checkbox"/> Zespół pozapiramidowy	<input type="checkbox"/> zaniki korowo-podkorowe	
	Zaburzenia oczne: <input type="checkbox"/> napadowe zbaczanie gałek ocznych (ruch horyzontalny / wertykalny) <input type="checkbox"/> oczopląs <input type="checkbox"/> zwężenie źrenic <input type="checkbox"/> ptoza	<input type="checkbox"/> Ruchy mimowolne <input type="checkbox"/> Zespół hipokinetyczny	<input type="checkbox"/> zajęcie istoty białej <input type="checkbox"/> zajęcie jąder podkorowych <input type="checkbox"/> zajęcie mózdzku <input type="checkbox"/> wada	
<input type="checkbox"/> Lekooporność padaczki		<input type="checkbox"/> Dystonia	<input type="checkbox"/> Nieprawidłowy zapis EEG	
<input type="checkbox"/> Nadwrażliwość na bodźce		<input type="checkbox"/> Parkinsonizm	<input type="checkbox"/> typu cisza-wyładowanie	
<input type="checkbox"/> Agresja/ autoagresja		Zespół hiperkinetyczny <input type="checkbox"/> płasawica / atetoza <input type="checkbox"/> drżenia miokloniczne <input type="checkbox"/> ataksja	<input type="checkbox"/> hipsarytmia	
<input type="checkbox"/> Osłabiona mimika			<input type="checkbox"/> inny	
<input type="checkbox"/> Hlpokineza				

Uwagi:

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego