



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 <b>ZAKŁAD BIOCHEMII KLINICZNEJ</b> <b>PRACOWNIA ZABURZEŃ METABOLIZMU I STEROIDOGENEZY</b> Tel. 22 815-17-07 304-730 Warszawa, Al. Dzieci Polskich 20 e-mail: <a href="mailto:zaklad.biochemia@ipczd.pl">zaklad.biochemia@ipczd.pl</a> 000000018625-121-658-7100 REGON: 000557961 NIP: 952-11-43-675	

### ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO

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

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

<b>Nazwisko i Imię opiekuna prawnego:</b>			
<b>Adres zamieszkania opiekuna:</b>			
<b>Data i godzina zlecenia:</b>		<b>Zlecono na:</b>	<b>Priorytet: ZWYKŁY/ CITO</b>
Badanie	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał	<b>Materiał</b>
<b>PROFIL STEROIDOWY W DOBOWEJ ZBIÓRCIE MOCZU (DZM)</b>			<b>DZM</b>
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?			TAK/NIE

#### Istotne dane kliniczne:

FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH							
Objętość DZM	ml		Dzień cyklu miesięczkowego				
Rozpoznanie:							
Leczenie:							
NOWORODKI I NIEMOWLĘTA				DZIECI I DOROSŁI			
Waga urodzeniowa:				Wzrost, waga:			
Aktualna waga:							
	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>			<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	
Poród przedwczesny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Przedwczesne dojrzewanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zaburzenia elektrolitowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Opóźnione dojrzewanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ARO (renina)	<input type="checkbox"/> ↑	<input type="checkbox"/> ↓	Norma <input type="checkbox"/>	Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieprawidłowe narządy płciowe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hirsutyzm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pubarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zaburzenia elektrolitowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ARO (renina)	<input type="checkbox"/> ↑	<input type="checkbox"/> ↓	Norma <input type="checkbox"/>
Wykonane badania hormonalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wykonane badania hormonalne				Wykonane badania hormonalne (17-OHP,DHEAS, testosteron, kortyzol)			
Inne endokrynopatie							

Uwagi:

---

Data i godzina dostarczenia materiału do  
laboratorium

---

Podpis Lekarza zlecającego