



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. 22 815-71-50
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

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)

Zwykły	Cito		Zwykły	Cito	
Surowica					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kwas fitanowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADMA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wskaźnik przepuszczalności jelitowej LA/MA*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oxy-LDL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lipoproteinogram (chylomikrony, LDL, VLDL, HDL)	Kał		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholesterol we frakcjach lipoproteinowych (chylomikrony, LDL-C, VLDL-C, HDL-C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kalprotektyna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HDL 2-cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elastaza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HDL 3-cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antygen H. pylorii
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apolipoproteina AI	Bioptat Wątroby		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apolipoproteina B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estry cholesterolu*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apolipoproteina E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lipidy*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lipoproteina (a)	Krew Pełna EDTA		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lipoproteina X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profil estrów metylowych kwasów tłuszczowych (FAME)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteinogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LCAT
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seromukoid	Inne po ustaleniu z pracownią		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MakroAST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krioglobuliny
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Makroamylaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glutation (GSH)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Makrolipaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peroksydaza glutationowa (GPx)
*podać żywienie/leki:					

Uwagi:

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego