



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](mailto: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:
Badanie	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał		Numer próbki
<b>BARDZO DŁUGOŁAŃCUCHOWE KWASY TŁUSZCZOWE (VLCFA)</b>				<b>SUROWICA</b>
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?				TAK/NIE

**Istotne dane kliniczne:**

**FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH**

<b>Odchylenia w badaniu przedmiotowym:</b>	<b>Zaburzenia neurologiczne:</b>	<b>Badania biochemiczne i radiologiczne:</b>
<input type="checkbox"/> Dysmorfia twarzowo-czaszkowa <input type="checkbox"/> Zahamowanie rozwoju <input type="checkbox"/> Wcześnieactwo/niepr. Płodu <input type="checkbox"/> Hepatomegalia <input type="checkbox"/> Splenomegalia <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa <input type="checkbox"/> Cisawość skóry <input type="checkbox"/> Uszkodzenie nerek (jakie?)  .....	<input type="checkbox"/> Opóźnienie umysłowe <input type="checkbox"/> Opóźnienie ruchowe <input type="checkbox"/> Hipotonia <input type="checkbox"/> Dystrofia mięśniowa/osłabienie <input type="checkbox"/> Spastyczność <input type="checkbox"/> Zaburzenia widzenia <input type="checkbox"/> Zaburzenia koncentracji	<input type="checkbox"/> ↓ poziom kortyzolu w surowicy <input type="checkbox"/> ↑ enzymy wątrobowe <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe NMR/CT
	<b>Zaburzenia hematologiczne:</b>	<b>Postępowanie terapeutyczne:</b>
	<input type="checkbox"/> Hemoliza <input type="checkbox"/> Zaburzenia krzepnięcia	<input type="checkbox"/> Żywnienie pozajelitowe <input type="checkbox"/> Intralipid <input type="checkbox"/> Transfuzje (kiedy?)  .....

Uwagi:

\_\_\_\_\_  
Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

\_\_\_\_\_  
Podpis Lekarza zlecającego