



<i>Pieczęć jednostki kierującej (z kodem resortowym)</i>, dnia			/			/	2	0			r.
	Pracownia Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD 00000018652-47-637-7100 tel.: (22) 815 73 02, fax. (22) 815 13 13											
	Numer badania:											

ZLECENIE DO PRACOWNI RADIOIMMUNOLOGII I MEDYCyny DOŚWIADCZALNEJ
BADANIA ENDOKRYNOLOGICZNE

Imię:		Numer kartoteki:							/					
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K											
Data urodzenia:				/				/				r.	PESEL*:	
<i>dzień</i>		<i>miesiąc</i>		<i>rok</i>										
Adres zamieszkania/ Oddział														
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał: CZYTELNIE!			Data, godzina pobrania:	/ / r., godz. :										
Rodzaj materiału:	<input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> MOCZ		Data, godz. przyjęcia materiału do laboratorium:	/ / r., godz. :										
Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Tryb wykonania badania:	<input type="checkbox"/> ZWYKŁY <input type="checkbox"/> CITO									
Wskazania do badania:														
Istotne dane kliniczne pacjenta:														
Uwagi:														

* numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość



Lista badań – wybrane badania zaznaczyć X

<input type="checkbox"/> Androstendion	<input type="checkbox"/> IGFBP-3
<input type="checkbox"/> DHEAs (siarczan dehydroepiandrosteronu)	<input type="checkbox"/> PTH (parathormon 1-84 i 7-84)
<input type="checkbox"/> Testosteron	<input type="checkbox"/> SM-C (somatomedyna - C, IGF-1)
<input type="checkbox"/> Estradiol	<input type="checkbox"/> hGH (somatotropina)
<input type="checkbox"/> FSH (folitropina)	<input type="checkbox"/> Insulina
<input type="checkbox"/> LH (lutropina)	<input type="checkbox"/> C-peptyd
<input type="checkbox"/> 17 OHP (17- α -hydroksyprogesteron)	<input type="checkbox"/> AFP (α -fetoproteina)
<input type="checkbox"/> Prolaktyna	<input type="checkbox"/> f β hCG (wolna podjednostka β gonadotropiny kosmówkowej)
<input type="checkbox"/> Makroprolaktyna	<input type="checkbox"/> Anty-GAD (przeciwciała przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego)
<input type="checkbox"/> ACTH (adrenokortykotropina)	<input type="checkbox"/> Anty-IA2 (przeciwciała przeciw fosfatazie tyrozynowej)
<input type="checkbox"/> Aldosteron	<input type="checkbox"/> Anty-21H (przeciwciała przeciw 21-hydroksylazie)
<input type="checkbox"/> Renina	<input type="checkbox"/> TSH-R-Ab (przeciwciała przeciw receptorowi TSH)
<input type="checkbox"/> Kalcytonina	<input type="checkbox"/> ICA (przeciwciała przeciw komórkom wysp trzustkowych)
<input type="checkbox"/> AMH (Anti-Müllerian Hormone)	
Inne badania:	

Liczba zleconych badań:

--	--	--

Miejsce przesłania wyniku
lub dane osoby
upoważnionej do odbioru:

.....
Pieczęć imienna i podpis lekarza kierującego