



		/			/	2	0			r.
dzień			miesiąc			rok				

Pracownia Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej
Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD
00000018652-47-637-7100

tel.: (22) 815 71 45, (22) 815 17 08, fax: (22) 815 13 13

Pieczęć jednostki kierującej (z kodem resortowym)

ZLECENIE DO PRACOWNI RADIOIMMUNOLOGII I MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ

BADANIA SPECJALISTYCZNE

Nazwisko: Nr kartoteki:

Imię: PESEL¹:

Data urodzenia:

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 r. Płeć: M K

Adres zamieszkania / Oddział szpitalny:

Rozpoznanie/Istotne dane kliniczne pacjenta:

Nr badania: Nr procedury:
(badanie wysokospecjalistyczne)

Nazwisko i imię osoby pobierającej materiał: Data, godzina pobrania materiału: data:; godz.:

Nazwisko i imię osoby przyjmującej materiał: Data, godzina przyjęcia materiału: data:; godz.:

Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi: Tak Nie

Miejsce przesłania wyniku: Źródło finansowania:
(lub dane osoby upoważnionej do odbioru) (nr grantu / zadania statutowego)

Metabolity witaminy D (tel.: 22 815-17-08)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • 25(OH)D (surowica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • 1,25(OH) ₂ D (surowica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Antyoksydanty (tel.: 22 815-71-45)

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Witaminy A i E (surowica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • β-karoten (surowica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Monitorowanie leczenia heparyną (tel.: 22 815-17-08, 22 815-71-45)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Aktywność anty-Xa heparyny drobnocząsteczkowej (osocze ²) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aktywność anty-Xa heparyny niefrakcjonowanej (osocze ²) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktywność łańcucha oddechowego (tel.: 22 815-17-08, 22 815-71-45)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • EŁO (bioptat mięśnia czworogłowego uda) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Zaburzenia ukł. sercowo-naczyniowego (tel.: 22 815-17-08)

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • NT-proBNP (surowica) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|

Inne (wpisać ręcznie)
.....
.....
.....

Z- tryb zwykły, C - cito

Pieczęć imienna i podpis lekarza kierującego

¹Numer 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

²Krew pobierać na 3,2% cytrynianu sodu