



Jednostka zlecająca / miejsce przesłania wyniku lub sprawozdania	....., dnia
Instytut - Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka <b>ZAKŁAD BIOCHEMII KLINICZNEJ</b> <b>PRACOWNIA WAD MEABOLIZMU</b> <b>Tel. 22 815 71-47, 22 815 11-92</b> 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**

<b>Nazwisko i imię:</b>	<b>Płeć:</b>	<b>Wiek:</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: JAK PONIŻEJ</b>	
<b>BADANIE JAK PONIŻEJ</b>	Data i godzina pobrania i przekazania do transportu	Imię i Nazwisko osoby pobierającej materiał	<b>Materiał</b>
			<b>JAK PONIŻEJ</b>
Czy próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi?			TAK/NIE

**Istotne dane kliniczne:**

LISTA BADAN					
wybrane badania zaznaczyć X uwzględniając tryb wykonania badania (zwykły / cito)					
Zwykły	Cito		Zwykły	Cito	
<b>Krew pełna (heparyna litowa)</b>			<b>Mocz</b>		
<input type="checkbox"/>		Aktywność urydylotransferazy galaktozo-1-fosforanowej UDPG***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profil kwasów organicznych metodą GC/MS*
<b>Osocze (heparyna litowa)</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aminokwasy*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aminokwasy	<input type="checkbox"/>		Karnityna wolna i całkowita
<b>Surowica</b>			<input type="checkbox"/>		Kwas orotowy
<input type="checkbox"/>		Aktywność biotynidazy	<input type="checkbox"/>		Mukopolisacharydy*
<input type="checkbox"/>		Izofornie transferryny (CDG)****	<input type="checkbox"/>		SAICAR-wykrywanie sukcyntylopuryn (jakościowo)*
<input type="checkbox"/>		Karnityna wolna i całkowita	<b>Sucha kropla krwi na bibule</b>		
<input type="checkbox"/>		Fenotypowanie alfa-1-antytrypsyny** **Podać stężenie alfa-1-antytrypsyny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acylokarnityny metodą tandemowej spektrometrii mas*
<b>Płyn mózgowo-rdzeniowy</b>			<input type="checkbox"/>		Aktywność biotynidazy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aminokwasy	<input type="checkbox"/>		Bursztynyloaceton
<b>Osocze (EDTA)</b>			*Podać żywienie/leki		
<input type="checkbox"/>		S-adenozylometionina (SAM), S-adenozylhomocysteina (SAH)***	..... ..... ***Wymagane jest specjalistyczne pobranie ****W przypadku podejrzenia fruktozemii lub galaktozemii surowicę pobrać przed wprowadzeniem diety eliminacyjnej.		

**Uwagi:**

Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium

Podpis Lekarza zlecającego