



Pieczęć jednostki kierującej (z kodem resortowym)	....., dnia <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> r.
	<b>Pracownia Wad Metabolizmu</b> <b>Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD</b> <b>0000000 18652-47-635-7100</b> <b>tel.: (22) 815 71 47, 815 11 92, fax (22) 815 13 13</b>

**ZLECENIE DO PRACOWNI WAD METABOLIZMU NA BADANIA SPECJALISTYCZNE**

Imię:		Numer kartoteki:	
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Data urodzenia:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> r.	PESEL <sup>1</sup> :	<input type="text"/>
	<i>dzień      miesiąc      rok</i>		
Adres zamieszkania/ oddział szpitalny			
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał		Data, godzina pobrania:	/ / r., godz. :
Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał		Data, godz. przyjęcia materiału:	/ / r., godz. :
Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nr badania	
Istotne dane kliniczne:			
<b>LEGENDA: Z – BADANIE ZWYKŁE, C- BADANIE PILNE</b>			
<p style="text-align: center;"><b>Tel. (22) 815 11 92</b></p> <p><b>Z      Krew pełna</b></p> <p><input type="checkbox"/>      UDPG***</p> <p><b>Z    C    Osocze</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    Aminokwasy*/***</p> <p><b>Z      Surowica</b></p> <p><input type="checkbox"/>      Karnityna wolna i całkowita</p> <p><input type="checkbox"/>      Biotynidaza</p> <p><b>Z    C    Mocz</b></p> <p><input type="checkbox"/>      Karnityna wolna i całkowita</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    Aminokwasy*</p> <p><input type="checkbox"/>      Kwas orotowy</p> <p><b>Z    C    PMR</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    Aminokwasy*</p> <p><b>Z      Sucha kropla krwi na bibule</b></p> <p><input type="checkbox"/>      Biotynidaza</p>		<p style="text-align: center;"><b>Tel. (22) 815 71 47</b></p> <p><b>Z    C    Mocz</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    Kwasy organiczne*</p> <p><input type="checkbox"/>      SAICAR*</p> <p><input type="checkbox"/>      Mukopolisacharydy (MPS)*</p> <p><b>Z    C    Sucha kropla krwi na bibule</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    Acylokarnityny*</p> <p><input type="checkbox"/>      Bursztynyloaceton (SUAC)</p> <p style="text-align: center;"><b>Tel. (22) 815 11 92, (22) 815 71 47</b></p> <p><b>Z      Osocze</b></p> <p><input type="checkbox"/>      S-adenozylometionina (SAM), S-adenozylhomocysteina (SAH)***</p> <p><b>Z      Surowica</b></p> <p><input type="checkbox"/>      Izoformy transferyny (CDG)****</p> <p><input type="checkbox"/>      Transferyna deglikozylowana (CDT)</p> <p><input type="checkbox"/>      Alfa-1-antytrypsina (α1 AT) fenotypowanie**</p> <p style="text-align: center;">** Podaj stężenie alfa-1-antytrypsiny .....</p>	
Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku:			Pieczęćka imienna i podpis lekarza kierującego
<p>*    Podaj żywienie/ leki: .....</p> <p>*** Wymagane jest specjalistyczne pobranie</p> <p>**** W przypadku podejrzenia fruktozemii lub galaktozemii surowicę pobrać przed wprowadzeniem diety eliminacyjnej.</p>			

<sup>1</sup> - 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