



Pieczeń jednostki kierującej i nr telefonu do kontaktu	, dnia / / r.
	Do Laboratorium Badań Podstawowych IPCZD Rejestracja tel.: (22) 815 18 00, Informacja o badaniach tel.: (22) 815 12 84

ZLECENIE NA BADANIA DO LABORATORIUM BADAŃ PODSTAWOWYCH (MOCZ/KAŁ)

Imię:		Numer kartoteki:	/
Nazwisko:		Płeć:	☐ M ☐ K
Data urodzenia:	/ /	PESEL*:	
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 do Laboratorium	/ r., godz. :
Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:	☐ TAK ☐ NIE	Rozpoznanie:	

LEGENDA: Z – BADANIE ZWYKŁE, C – BADANIE PILNE

CHEMIA KLINICZNA

- ☐ mocz poranny
☐ DZM V=ml

Z C

- ☐ Amylaza
☐ Białko
☐ Mikroalbuminuria
☐ Glukoza
☐ Mocznik
☐ Kreatynina
☐ Kwas moczowy
☐ Magnez
☐ Fosfor nieorganiczny
☐ Sód
☐ Potas
☐ Chlorki
☐ Osmolalność
☐ Cytryniany
☐ Szczawiany

Z C ANALITYKA OGÓLNA

- ☐ Badanie ogólne moczu
☐ Badanie ogólne płynu mózgowo-rdzeniowego
☐ Próba Mayera w moczu
☐ Test metaboliczny w moczu
☐ Badanie ogólne kału
☐ Krew utajona w kale
☐ Pasożyty w kale
☐ Lamblie w kale
☐ Badanie płynu z jamy ciała

Kał biegunkowy:

- ☐ Sód
☐ Potas
☐ Chlorki
☐ Osmolalność
☐ Glukoza

Dodatkowe informacje:

Miejsce przesłania wyniku
lub dane osoby
upoważnionej do odbioru:

Pieczętka imienna i podpis lekarza kierującego

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