



....., dnia / / r.

Do Laboratorium Badań Podstawowych IPCZD
Rejestracja tel.: (22) 815 18 00, Informacja o badaniach tel.: (22) 815 12 84

Pieczęć jednostki kierującej i nr telefonu do kontaktu

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Imię: | | Numer kartoteki: | <input type="text"/> / <input type="text"/> |
| Nazwisko: | | Płeć: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K |
| Data urodzenia: | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> r. | PESEL*: | <input type="text"/> |
| | <small>dzień</small> | <small>miesiąc</small> | <small>rok</small> |
| Adres zamieszkania/ oddział szpitalny | | | |
| Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał | | Data, godzina pobrania i przekazania materiału do transportu: | <input type="text"/> / <input type="text"/> r., godz. : |
| Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał | | Data, godz. przyjęcia i rejestracji materiału do Laboratorium | <input type="text"/> / <input type="text"/> r., godz. : |
| Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi: | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Rozpoznanie: | |

LEGENDA: TRYB BADANIA: Z-ZWYKŁY, C- CITO

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

- Mocz – analiza ogólna
 Badanie ogólne płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR)
 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 (PJC)

Kał biegunkowy:

- Sód
 Potas
 Chlorki
 Osmolalność
 Glukoza

Dodatkowe informacje:

Miejsce przesłania wyniku
lub dane osoby
upoważnionej do odbioru:

.....
Pieczęćka imienna i podpis lekarza kierującego