

**ZLECENIE NA BADANIA LABORATORYJNE
DO ZAKŁADU DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA DZIECIĘCEGO
im. J. Brudzińskiego W BYDGOSZCZY**

Pieczętka jednostki zlecającej

Data zlecenia:

		K/M
--	--	------------

<i>Nazwisko i Imię Pacjenta</i>	<i>Telefon</i>	<i>Płeć</i>
		W. Gł (HOSP):

<i>PESEL</i>	<i>Data urodzenia DD-MM-RRR</i>
	☐ <i>Rutynowe</i> ☐ <i>Pilne</i>

Adres *Tryb badania*

☐ **BADANIE PŁATNE** – Oświadczam, że wykonanie oznaczonych przeze mnie badań laboratoryjnych jest konieczne w celu profilaktyki, zachowania, przywracania, poprawie zdrowia.

Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż, przedstawiciela ustawowego pacjenta:

<u>Analityka ogólna:</u> ☐ OB ☐ Morfologia ☐ Morfologia z rozmazem z analizatora ☐ Rozmaz mikroskopowy ☐ Retikulocyty ☐ Mocz b. ogólne ☐ Kał - pasożyty ☐ Kał - krew utajona ☐ Lamblia w kale <u>Układ krzepnięcia:</u> ☐ APTT ☐ PT/INR ☐ D-dimery ☐ Fibrinogen ☐ Test korekcji ☐ Czynniki krzepnięcia-II,V,VII,VIII,IX,X,XI,XII ☐ Aktywność czynnika von Willebranda ☐ Antygen czynnika von Willebranda <u>Biochemia:</u> ☐ AST ☐ ALT ☐ ALP (fosfataza alk.) ☐ Amylaza - surowica ☐ Amylaza - moc ☐ Albumina ☐ ASO ☐ CRP ☐ Białko całkowite ☐ Bilirubina całkowita ☐ Bilirubina związana ☐ Cholesterol całkowity ☐ HDL ☐ LDL ☐ Trójglicerydy ☐ Chlorki ☐ CPK	☐ Fosfor ☐ GGTP ☐ HBA1C ☐ Glukoza ☐ Glukoza-test obciążenia ☐ Insulina ☐ Insulina-test obciążenia ☐ Elektroforeza (Proteinogram) ☐ IgA ☐ IgM ☐ IgG ☐ Kreatynina ☐ Kwas moczowy ☐ LDH ☐ Magnez ☐ Mocznik ☐ Potas ☐ RF- test lateksowy ☐ Sód ☐ TIBC ☐ TWR (Waalera Rose) ☐ Wapń ☐ Wapń zjonizowany ☐ Żelazo <u>Immunochemia:</u> ☐ TSH ☐ FT3 ☐ FT4 ☐ antyTPO ☐ antyTG ☐ TRAB ☐ IgE cał. ☐ Ferrytyna ☐ Androstendion ☐ Estradiol ☐ FSH ☐ LH ☐ Prolaktyna	☐ Kortyzol ☐ Progesteron ☐ Testosteron ☐ BHCG ☐ HGH ☐ Prokalcytonina ☐ HBs Ag ☐ a- HCV ☐ Karbamazepina ☐ Kwas Walproinowy ☐ Lamotrygina ☐ Levetiracetam ☐ Panel 40 alergenów ☐ Wit. D3 ☐ Wit. B12 ☐ Kwas foliowy ☐ 17-OH-progesteron <u>INNE</u> ☐ - ☐ -
---	---	---

NR KODU PRÓBK