



<i>Pieczęć jednostki kierującej</i>, dnia <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / 2 0 r.						
Pracownia Hormonów Steroidowych i Zaburzeń Metabolizmu Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD 000000018652-47-636-7100 tel.: 815 16 38; 815 71 50; fax (22) 815 13 13							

FORMULARZ DANYCH KLINICZNYCH – ARABINITOL

Imię:	
Nazwisko	
Data urodzenia:	
Rodzaj materiału badanego:	<input type="checkbox"/> SUROWICA <input type="checkbox"/> MOCZ
Data i godzina pobrania materiału do badań:/...../.....r., godz.::

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA:

<input type="checkbox"/> Wcześnieactwo	
<input type="checkbox"/> Niedobory odporności	
<input type="checkbox"/> Antybiotykoterapia > 3 tygodni	
<input type="checkbox"/> Żywienie pozajelitowe	

STOSOWANE LEKI

<input type="checkbox"/> Antybiotyki	<input type="checkbox"/> Leki przeciwgrzybiczne
.....
.....
.....
.....
.....
Telefon kontaktowy:	

.....
Pieczęć i podpis lekarza kierującego