



<i>Pieczęć jednostki kierującej (z kodem resortowym)</i>, dnia	/	/	2	0	r.
	<p>Pracownia Hormonów Steroidowych i Zaburzeń Metabolizmu Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD Blok B, wysoki parter p. 24 000000018652-47-636-7100 tel.: (22) 815 17 07, fax (22) 815 13 13</p>					

**ZLECENIE DO PRACOWNI HORMONÓW STEROIDOWYCH I ZABURZEŃ METABOLIZMU
KATECHOLAMINY, ICH METABOLITY I METOKSYKATECHOLAMINY W DZM**

Uwaga! Próbka wymaga zakwaszenia

Imię:		Numer kartoteki:		/	
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K		
Data urodzenia:		PESEL*:			
	<small>dzień miesiąc rok</small>				
Miejsce przesłania wyniku: Adres zamieszkania/ Oddział szpitalny		Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Imię i nazwisko osoby mierzącej DZM:		Data, godzina pobrania:			
Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał:		Data, godz. przyjęcia materiału:			
DZM:ml	Nr badania			
Rozpoznanie:					
Leczenie:					
Kontrast:	Uwaga, kontrast silnie interferuje na analizowane parametry! Prosimy o informację o tym kiedy kontrast był wykonany w stosunku do pobranej DZM.				
Obrazowanie nadnerczy:					

Które badanie ma zostać wykonane?

	<input type="checkbox"/>	Katecholaminy: adrenalina (A), noradrenalina (NA), dopamina (DA) met. HPLC
	<input type="checkbox"/>	Metabolity katecholamin – kwasy: wanilinomigdałowy (VMA), homowanilinowy (HVA), 5-hydroksyindoloocetowy (5-HIAA) met. HPLC
	<input type="checkbox"/>	Metoksykatecholaminy całkowite met. kolumienkową

<i>Pieczętka imienna i podpis lekarza kierującego</i>	<p>Telefon kontaktowy: Fax:</p>
---	-------------------------------------

** 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*