



Pieczeńć jednostki kierującej	....., dnia <input type="text"/> / <input type="text"/> / 2 0 <input type="text"/> r.
	<b>Pracownia Hormonów Steroidowych i Zaburzeń Metabolizmu</b> <b>Zakład Biochemii, Radioimmunologii i Medycyny Doświadczalnej IPCZD</b> 000000018652-47-636-7100 tel.: (22) 815 16 38, (22) 815 71 50, fax (22) 815 13 13

**ZLECENIE DO PRACOWNI HORMONÓW STEROIDOWYCH I ZABURZEŃ METABOLIZMU  
BADANIA SPECJALISTYCZNE**

Imię:		Numer kartoteki:	<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"/>
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:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nr badania:	<input type="text"/>
Istotne dane kliniczne pacjenta:			

**LEGENDA:** Z - BADANIE ZWYKŁE, C - BADANIE PILNE

<b>Z C SUROWICA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arabinitol * # <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VLCFA * # <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kwas fitanowy * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wskaźnik przepuszczalności jelitowej LA/MA *  <b>Z C MOCZ</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arabinitol * #	<b>Z C SUROWICA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lipoproteinogram (chylomikrony, LDL, VLDL, HDL)  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cholesterol we frakcjach lipoproteinowych (chylomikrony, LDL-C, VLDL-C, HDL-C)  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HDL 2-cholesterol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HDL 3-cholesterol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apolipoproteina AI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apolipoproteina B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apolipoproteina E <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lipoproteina (a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lipoproteina X <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Proteinogram <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seromukoid <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MakroAST  <b>Z C KAŁ</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kalprotektyna	<b>Z C BIOPTAT WĄTROBY</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estry cholesterolu* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lipidy *  <b>Z C KREW PEŁNA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Profil estrów metylowych kwasów tłuszczowych (FAME) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LCAT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krioglobuliny  <b>Inne po ustaleniu z Pracownią</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADMA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> oxy-LDL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glutation (GSH) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Peroksydaza glutationowa (GPx)
* podaj żywienie/ leki: ..... ..... .....		

Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru:

.....  
Pieczałka imienna i podpis lekarza kierującego

- W przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL należy podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta/przedstawiciela ustawowego
- # Dla pacjentów spoza IPCZD obowiązują dodatkowe formularze z danymi klinicznymi.