



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

**ZLECENIE DO PRACOWNI HORMONÓW STEROIDOWYCH I ZABURZEŃ METABOLIZMU**  
**DIAGNOSTYKA PRENATALNA SLOS W MOCZU LUB PŁYNIE OWODNIOWYM**

Imię:		Numer kartoteki:		/	
Nazwisko:					
Data urodzenia:	/	/	r.	PESEL:*	
	<i>dzień</i>	<i>miesiąc</i>	<i>rok</i>		
Miejsce przestania wyniku: Adres zamieszkania/ Oddział szpitalny					
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:		Data, godzina pobrania:			
Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał:		Data, godz. przyjęcia materiału:			
Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nr badania			
Stotne dane kliniczne:					
<input type="checkbox"/> MOCZ <input type="checkbox"/> PŁYN OWODNIOWY					
Data ostatniej miesiączki:		Hbd (tyg.): (badanie wykonuje się >12 Hbd)			
	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>			
Znane ryzyko SLOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leczenie hormonalne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nieprawidłowe USG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nieprawidłowy wynik testu potrójnego:					
Kreatynina mg%					
..... <i>Pieczętka imienna i podpis lekarza kierującego</i>	Telefon kontaktowy: Fax:				

\* 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