



<i>Pieczęć jednostki kierującej (z kodem resortowym)</i>, dnia	/	/	2	0	r.
	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					

ZLECENIE DO PRACOWNI HORMONÓW STEROIDOWYCH I ZABURZEŃ METABOLIZMU PROFIL STEROIDOWY W MOCZU

Uwaga! Badanie dla kobiet miesięczkujących wykonuje się w I-szej fazie cyklu!

Imię:		Numer kartoteki:	/																				
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K																				
Data urodzenia:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">/</td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 5%; border: 1px solid black;">r.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><small>dzień</small></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><small>miesiąc</small></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><small>rok</small></td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>		/		/						r.	<small>dzień</small>		<small>miesiąc</small>		<small>rok</small>						PESEL*:	
	/		/						r.														
<small>dzień</small>		<small>miesiąc</small>		<small>rok</small>																			
Miejsce przestania 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	Dzień cyklu miesiączkowego:																					
Rozpoznanie:																							
Leczenie:																							
NOWORODKI I NIEMOWLĘTA		DZIECI I DOROŚLI																					
Waga urodzeniowa:		Wzrost:																					
Aktualna waga:		Waga:																					
	NIE	TAK	Szczegóły																				
Poród przedwczesny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przedwczesne dojrzewanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Zaburzenia elektrolitowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opóźnione dojrzewanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
ARO (renina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Norma <input type="checkbox"/>	Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hirsutyzm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Pubarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Zaburzenia elektrolitowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ARO (renina)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Norma <input type="checkbox"/>																
Wykonane badania hormonalne				Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
				Wykonane badania hormonalne (17-OHP, DHEAS, testosteron, kortyzol)																			
Inne endokrynopatie:																							
<i>Pieczęćka 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