



Pieczęć jednostki kierującej (z kodem resortowym)	....., dnia		/		/	2	0		r.
	<p align="center"><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</p>								

**ZLECENIE DO PRACOWNI HORMONÓW STEROIDOWYCH I ZABURZEŃ METABOLIZMU**  
**7/8-DEHYDROCHOLESTEROL (MARKER SŁOS) W OSOCZU**

*Uwaga! Materiał biologiczny wrażliwy na światło! Osocze pobiera się na heparynę litową (1ml krwi)*

Imię:		Numer kartoteki (*):		/	
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K	
Data urodzenia:		PESEL:*			
Miejsce przesłania wyniku: Adres zamieszkania/ Oddział szpitalny					
Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał		Data, godzina pobrania:			
Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał:		Data, godzina przyjęcia materiału:			
Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nr badania			
Istotne dane kliniczne pacjenta					

NOWORODKI I NIEMOWLĘTA do 6 miesiąca życia				DZIECI I DOROŚLI			
Waga urodzeniowa:				Wzrost:			
Aktualna waga:				Waga:			
	TAK	NIE	Komentarz		TAK	NIE	Komentarz
Syndaktylia lub polidaktylia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Opóźniony rozwój umysłowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rozszczepienie podniebienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Syndaktylia lub polidaktylia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Niski przyrost masy ciała</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rozszczepienie podniebienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Niski poziom cholesterolu</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Niski przyrost masy ciała</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wady serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<u>Niski poziom cholesterolu</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Wady serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nieprawidłowe narządy płciowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inne:				Obciążający wywiad rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Inne:			
..... Pieczęćka imienna i podpis lekarza kierującego				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