



, dnia <input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> r.
Pieczeń jednostki kierującej	Do Pracowni Immunologii Zakładu Patomorfologii tel. 22 815-19-69; e-mail: pracownia.immunologia@ipczd.pl

ZLECENIE NA BADANIA DO PRACOWNI IMMUNOLOGII ZAKŁADU PATOMORFOLOGII

Nr badania (nadaje Zakład Patomorfologii)		Oddział/Poradnia:	
Imię:		Numer kartoteki:	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Data urodzenia:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	PESEL*:	
	dzień miesiąc rok		
Numer identyfikacyjny pacjenta (przy braku innych danych)		Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał:	
Adres zamieszkania		Data, godzina pobrania:	/ / r., godz. :
Tryb wykonania badania:	<input type="checkbox"/> pilny <input type="checkbox"/> normalny	Data, godz. przyjęcia materiału do laboratorium:	/ / r., godz. :
Dane kliniczne		Inne informacje	

ZLECENIA SZCZEGÓŁOWE: PRZECIWCIAŁA I INNE BIAŁKA W SUROWICY / MOCZU / PŁYNACH USTROJOWYCH

<input type="checkbox"/> ANA	<input type="checkbox"/> panel p/wątrobowy - blot	<input type="checkbox"/> p/transglutaminazie tkankowej - IgA
<input type="checkbox"/> p/tkankowe(AMA,LKM,ASMA,APCA)	<input type="checkbox"/> panel p/jądrowy - blot	<input type="checkbox"/> p/transglutaminazie tkankowej - IgG
<input type="checkbox"/> ANCA	<input type="checkbox"/> panel alergiczny - blot	<input type="checkbox"/> p/całkowitej gliadynie - IgA
<input type="checkbox"/> ASCA - IgA	<input type="checkbox"/> p/endomysium - IgA	<input type="checkbox"/> p/całkowitej gliadynie - IgG
<input type="checkbox"/> ASCA - IgG	<input type="checkbox"/> p/endomysium - IgG	<input type="checkbox"/> peptydy glutenowe w moczu
<input type="checkbox"/> AHA - IgG	<input type="checkbox"/> p/deaminowanym peptydom gliadyny - IgG	<input type="checkbox"/> diagnostyka molekularna alergii – Panel ALEX ²
<input type="checkbox"/> kalprotektyna w surowicy	<input type="checkbox"/> inne:	
Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru:		

**) w przypadku noworodka numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość*