

Zlecenie na badania do ZDL

.....
Nazwisko i imię pacjenta

.....
Płeć

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu

Hematologia:

Morfologia 5-DIFF

Analityka ogólna:

Bad. ogólne moczu

OB

Koproskopia:

Kał na pasożyty

Kał na krew utaj.

Wym. na owsiki

Kał na st. straw.

Biochemia:

ALT

AST

GGT

Bilirubina

Amylaza

Fosf. alk.

LDH

Białko

Albumina

Sód

Potas

Wapń

Fosfor

Magnez

Żelazo

Mocznik

Kreatynina

Glukoza

Glukoza (NaF)

Chol. całkow.

LDL

HDL

TG

RF

ASO

C3

C4

IgA

IgM

IgG

IgE całkow.

Kwas mocz.

CRP

HBs

Anty-HCV

Witamina D

TSH

ft4

DTTG (0,60,120)

DTTG (0,120)

Proteinogram

Koagulologia:

PT-INR

APTT

Fibrynogen

Pakiety badań:

Pakiet podstawowy

Pakiet ogólny

Pakiet rozszerzony

Pakiet pediatryczny

Pakiet lipidowy

Pakiet wątrobowy

Pakiet wątrobowy

rozszerzony

Pakiet odpornościowy

Immunologia:

Panel atopowy

Panel wziewny

Panel pokarmowy

Toxocara IgG

Ascaris IgG

Mycoplasma IgM+IgG

Chlamydia IgM+IgG

Krztusiec IgA+IgG

Helicobacter p. w kale

Giardia lamblia w kale

Inne badania:

.....
Wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań

.....
Podpis pacjenta lub rodzica/opiekuna prawnego

.....
Wyrażam zgodę na podanie imienia i nazwiska pacjenta w celu weryfikacji

danych przy odbiorze wyniku badania laboratoryjnego

.....
Podpis pacjenta lub rodzica/opiekuna prawnego