

<i>Pieczęć nagłówkowa komórki organizacyjnej</i>	Skierowanie na badania do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego w SK MSWiA z W-M CO w Olsztynie	F-LA-1-1-1
--	--	-------------------

Olsztyn, dnia

Nazwisko i imię(imiona) pacjenta:**Płeć**.....

PESEL.....Data urodzenia

Nazwa,nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość*.....

Adres zamieszkania,telefon

Nr Ks. Głównej**:

Nazwisko i imię(imiona) oraz adres przedstawiciela ustawowego***.....

Istotne dane kliniczne(jeśli dotyczy).....

*w przypadku braku numeru PESEL

** w przypadku braku danych

***w przypadku pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego całkowicie lub niezdolnego do świadomego wyrażania zgody

Rodzaj materiału: ☐ krew żylna ☐ krew włosniczkowa ☐ krew tętnicza ☐ mocz ☐ płyn

Pracownia Hematologii i Koagulologii

OB	☐
Morfologia krwi pełna	☐
Rozmaz krwi mikroskopowy	☐
Retikulocyty	☐
Rozmaz mikroskopowy szpiku	☐
Czas protrombinowy (PT) + INR	☐
Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	☐
Czas trombinowy (TT)	☐
Fibrynogen	☐
Antytrombina III	☐
D-dimer	☐
Test korekcji APTT	☐
Czynnik VIII akt.	☐
Czynnik IX akt.	☐
Aktywność kofaktora rystocetyny	☐
Antygen czynnika von Willebranda	☐
Białko C aktywność	☐
Białko S wolne	☐

Anty-TPO	☐
Anty-TG	☐
FT3	☐
FT4	☐
TSH	☐
Prokalcytonina	☐
Troponina T	☐
NT-proBNP	☐
Interleukina-6	☐
Testosteron	☐
Estradiol	☐
FSH	☐
LH	☐
Prolaktyna	☐
Progesteron	☐
Kortyzol	☐
Insulina	☐
CEA	☐
Ca125	☐
PTH 1-84	☐

Pracownia Immunochemii

☐ TP5A	☐
☐ AFP	☐
☐ Ca19,9	☐
☐ βHCG	☐
☐ Ca15,3	☐
☐ Ferrytyna	☐
☐ Wit.D(250H)	☐
☐ Wit. B12	☐
☐ Kwas foliowy	☐
☐ HIV Ag/ Ab	☐
☐ Hbs Ag	☐
☐ Anty-Hbc	☐
☐ Anty-Hbs	☐
☐ Anty HCV	☐
☐ CMV IgM	☐
☐ CMV IgG	☐
☐ EBV IgM	☐
☐ EBV IgG	☐
☐ T. Pallidum	☐
☐ Test lateksowy RF	☐

Pracownia Biochemii*

Pracownia Ogólna

