SKIEROWANIE NA BADANIA LABORATORYJNE

Dane pacjenta: **imię i nazwisko** (wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

PESEL/data urodzenia | | | | | | | | | | | **płeć: K / M**

telefon | | | | | | | | | **e-mail:** .....

Adres zamieszkania: .....

Dane jednostki zlecającej:

Pieczęć jednostki zlecającej

Pieczęć i podpis lekarza zlecającego

Data zlecenia badania: ..... - ..... - ..... r.

telefon ..... e-mail: .....

Dane do przesłania wyników badań: ☐ jak dane pacjenta ☐ jak dane jednostki zlecającej

Istotne dane kliniczne pacjenta .....

.....

.....

.....

.....

.....

Tryb wykonania badań: ☐ zwykły ☐ cito (tylko dla badań oznaczonych °)

Kontakt do Laboratorium: Kierownik laboratorium Renata Halak
tel. +48 530 231 148, renata.halak@masdiag.pl

Kontakt w sprawie badań dodatkowych: Dyrektor ds. naukowych Konrad Kowalski
tel. +48 530 209 497, konrad.kowalski@masdiag.pl

Proszę wybrać i zaznaczyć badania oraz rodzaj materiału, z którego badanie ma być wykonane*):

Badanie	**Data i godzina pobrania**	Sucha kropla krwi (SKK)	Surowica	Osocze (K3EDTA)	Osocze (heparyna litowa)	Krew pełna (K3EDTA / FH)	Mocz / DZM	Płyn mózgowo-rdzeniowy (PMR)
Tandem MS °		☐						
Aminokwasy		☐	☐		☐		☐	☐
Aminokwasy + Alloizoleucyna		☐						
Acylokarnityny		☐						
3-O-metylodopa		☐						
Homocysteina		☐	☐					
LPC – pochodne VLCFA		☐	☐	☐				
Lizosfingomieliny (LSM, LSM-509)		☐	☐	☐				
Glukozylosfingozyna (LysoGb1)		☐	☐					
Globotriaozylosfingozyna (LysoGb3)			☐					
Kwasy organiczne, jakościowo °							☐	
Puryny i pirymidyny							☐	
Profil steroidowy							☐	
SAICAR, S-Ado i AICAR, jakościowo							☐	
Witamina D [25(OH)D_3, 25(OH)D_2, 24,25(OH)$_2D_3$]		☐	☐	☐	☐			
Koenzym Q10 (Ubiquinon)			☐					
Kwasy omega (EPA/DHA)		☐ **)				☐		
Witamina A (Retinol)			☐					
Witamina E (Tokoferol)			☐					
Fosfatydyloetanol (PEth)						☐		
Substancje odurzające, ilościowo °						☐	☐	
Kwas 4-hydroksybutanowy (GHB)						☐	☐	
Metoksykatecholaminy, wolne				☐				

*) Wybór badań możliwy jedynie w miejscach oznaczonych kratką

**) Bibuła nasączona roztworem zabezpieczającym przed rozkładem kwasów tłuszczowych

INNE BADANIA (po uzgodnieniu z Laboratorium)

☐ .....

.....

Wypełnia Laboratorium:

....

Data i godz. przyjęcia materiałów do Laboratorium *Czytelny podpis osoby przyjmującej materiały*