Wzór karty
i kodów kreskowych

załącznik nr 3 do zaproszenia
DAN.231.1.20.2021

Nazwisko .....

Imię .....

Adres .....

PESEL

PILNE ☐
PŁATNE ☐
PŁEĆ ☐

HEMATOLOGIA	CHEMIA KLINICZNA	CHOROBY TARCZYCY
HBA1C	GLUKOZA	TSH
Morfologia 5 diff	GLUKOZA PO OBCIĄŻ.	FT4
Rozmaz mikrosk.	HOMOCYSTEINA	FT3
Retikulocyty	LIPIDOGRAM	P/C ANTY-TG
OB.	CHOLOSTEROL CAŁK.	P/C ANTY-TPO
KOAGULOLOGIA	HDL-CHOLEST.	**HORMONY PŁCIOWE**
PT/INR	LDL-CHOLEST.	FSH
APTT	TRÓJGLICERYDY	LH
FIBRYNOGEN	MOCZNIK	ESTRADIOL
D-DIMERY	KREATYNINA	PROGESTERON
ANALITYKA	KWAS MOCZOWY	PROLAKTYNA
MOCZ - BAD. OG.	SÓD	TESTOSTERON
MOCZ - BIAŁKO	POTAS	BETA-HCG
MIKROALBUMINURIA	CHLOR	**MARKERY**
KAŁ-BAD. OGÓLNE	BIAŁKO CAŁK.	PSA
KAŁ-KREW UTAJONA	PROTEINOGRAM	AFP
KAŁ - PASOŻYTY	BILIRUBINA CAŁK.	CEA
KAŁ-LAMBLIE ANTYGEN	BILIRUBINA BEZP.	CA 19-9
KAŁ-HELIC.PYL.	ASPAT	CA 125
BAKTERIOLOGIA	ALAT	CA 15-3
MOCZ - POSIEW	ALP	**RÓŻNE**
WYMAZ Z GARDŁA	GGTP	IGE CAŁKOWITE
WYMAZ Z NOSA	CPK	PANEL. ODD. III
WYMAZ Z UCHA	AMYLAZA W SUR.	PANEL. POK. III
WYMAZ Z OKA	AMYLAZA W MOCZU	P/CIAŁA A-CCP
WYMAZ na GBS	LIPAZA	KORTYZOL
DIAG. INFEKCYJNA	LDH	WIT. D
H. PYLORI IgG	FOSFOR	WIT. B12
MONONUKLEOZA-TEST	MAGNEZ	KWAS FOLIOWY
HBs ANTYGEN	WAPŃ	FERRYTYNA
P/C ANTY-HBs	ŻELAZO	MYCOPL. PNEUM.
P/C ANTY-HCV	TIBC	KRZTUSIEC IGA
P/C ANTY-HIV	**SEROLOGIA**	KRZTUSIEC IGG
TOXO IgG	CRP	KRZTUSIEC IGM
TOXO IgM	ASO	P/CIAŁA TRAb
RÓŻYCZKA IgG	RF	PARATHORMON
RÓŻYCZKA IgM	WAALER-ROSE	INSULINA
CMV IgG	VDRL	ANDROSTENDION
CMV IgM	**SEROLOGIA Grup Krwi**	DHEA-S
BORELIOZA IgG	GRUPA KRWI	KAŁ-POSIEW
BORELIOZA IgM	P/C ODPORN.	POBRANIE MATER.

Wzór zaznaczenia ■

ILOŚĆ BADAŃ: .....

DATA: .....

Tu naklej kod paskowy

Pieczątka i podpis lekarza

DODATKOWE INFORMACJE ZAPISZ NA ODWROCIE

01199000 01199000
01199000 01199000
01199000 01199000

01199000 Data ur.
Imię
Nazwisko

Pieczątka Zleceniodawcy / Odbiorcy

Wypełnienie dodatkowego zlecenia wymagane jest na badania:
- Grupa krwi i p/ciała
- Bakteriologia
- Autoimmunologia

INNE BADANIA.....

.....

.....

.....

.....

RODZAJ MATERIAŁU.....

ISTOTNE DANE KLINICZNE PACJENTA.....

.....

DOBOWA ZBIÓRKA MOCZU [ml].....

DATA / GODZINA POBRANIA .....

DATA / GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU .....

Podpis osoby pobierającej

Miejska Przychodnia Specjalistyczna
Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej
ul. Uniwersytecka 17
87-100 Toruń
Tel.: (56) 611-99-33

Laboratorium czynne
poniedziałek-piątek 7⁰⁰ - 18⁰⁰
sobota 8⁰⁰ - 13⁰⁰

Badania w Laboratorium MPS - pełen zakres - wykonywane są:
- bezpłatnie - na podstawie skierowania lekarza zgodnie z umową z MPS
- odpłatnie - bez skierowania
- odpłatnie ze skierowaniem z gabinetów prywatnych