



SKIEROWANIE NA BADANIA

Szpital Specjalistyczny
im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

Nr zlecenia:

NAZWISKO			
IMIĘ		PŁEĆ	K M

PESEL														
DATA URODZENIA														

BADANIA*:

	Morfologia	Cholesterol	Żelazo	PSA
	Morf. + rozmaz	Cholesterol HDL	HbA1c	Kortyzol
	Morf.+roz.+ret.	Cholesterol LDL	RKZ	Prolaktyna
	Morf. + ret.	Trójglicerydy	Troponina	FSH
	OB.	CRP	Proteinogram	LH
	Protromb./INR	Fosforany	IgG	Progesteron
	APTT	Fosfataza zas.	IgA	Testosteron
	Fibrynogen	Glukoza	IgM	Estradiol
	D-dimery	GGTP	TIBC	HBS – Ag
	Albuminy	Kreatynina	Transferyna	Anty – HBS
	ALAT (GPT)	Kw. moczowy	TSH	Anty – HCV
	ASAT (GOT)	LDH	FT4	HIV
	Amylaza	Magnez	FT3	Prokalcytonina
	Amylaza-mocz	Mleczany	HCG	Mocz (bad. og.)
	Białko całk.	Mocznik	AFP	Białkomocz
	Bilirubina całk.	Sód	Ca – 125	Próba ciążowa
	Bilirubina bezp.	Potas	Ca – 15 – 3	Kał - pasożyty
	CK	Chlorki	Ca – 19 – 9	Wymaz okoł.
	CK-MB	Wapń	CEA	Kał - lamblie

INNE:

* - proszę zaznaczyć znakiem „X”

Nazwisko, imię osoby pobierającej krew:

Data i godzina pobrania:

Podpis: