

LABORATORIUM CENTRALNE ZOZ OŁAWA UL. BACZYŃSKIEGO 1		ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO		TRYB BADANIA NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/>	
NAZWISKO I IMIĘ:			DATA I GODZ. POBRANIA:		
DATA UR./ PESEL		PŁEĆ: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		RODZAJ MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> MOCZ <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> INNE	
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA (PIECZĘĆ)		LEKARZ ZLECAJĄCY (PIECZĘĆ I PODPIS)		OSOBA POBIERAJĄCA (CZYTELNY PODPIS)	
ISTOTNE DANE KLINICZNE					
<input type="checkbox"/> Morfologia <input type="checkbox"/> Rozmaz <input type="checkbox"/> OB <input type="checkbox"/> Retikulocyty <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Fibrynogen <input type="checkbox"/> D-Dimery <input type="checkbox"/> Mocz bad. ogólne <input type="checkbox"/> Mocz-białko <input type="checkbox"/> Mocz-cukier, aceton <input type="checkbox"/> Dob. utrata cukru <input type="checkbox"/> Dob. utrata białka Ilość moczu ml <input type="checkbox"/> Test ciążowy <input type="checkbox"/> Kał na Lamblie <input type="checkbox"/> Kał-krew utajona <input type="checkbox"/> Kał na pasożyty <input type="checkbox"/> Kał na resztki pok. <input type="checkbox"/> Profil dobowy (3xgluk)		<input type="checkbox"/> Test obc. 50g glukozy <input type="checkbox"/> Test obc. 75g glukozy <input type="checkbox"/> Białko <input type="checkbox"/> Bilirubina całkowita <input type="checkbox"/> Bilirubina związana <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Triglicerydy <input type="checkbox"/> Lipidogram <input type="checkbox"/> Glukoza <input type="checkbox"/> Kreatynina <input type="checkbox"/> Kwas moczowy <input type="checkbox"/> Mocznik <input type="checkbox"/> AIAT <input type="checkbox"/> AspAT <input type="checkbox"/> Amylaza-surowica <input type="checkbox"/> Amylaza-mocz <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> GGTP <input type="checkbox"/> Magnez <input type="checkbox"/> Wapń		<input type="checkbox"/> Elektrolit <input type="checkbox"/> Żelazo <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Fosforany <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Proteinogram <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4 <input type="checkbox"/> fT3 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Prolaktyna <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> Inne:	
DATA I GODZ. PRZYJĘCIA MAT. DO LABORATORIUM					

LABORATORIUM CENTRALNE ZOZ OŁAWA UL. BACZYŃSKIEGO 1		ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO		TRYB BADANIA NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/>	
NAZWISKO I IMIĘ:			DATA I GODZ. POBRANIA:		
DATA UR./ PESEL		PŁEĆ: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		RODZAJ MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> MOCZ <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> INNE	
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA (PIECZĘĆ)		LEKARZ ZLECAJĄCY (PIECZĘĆ I PODPIS)		OSOBA POBIERAJĄCA (CZYTELNY PODPIS)	
ISTOTNE DANE KLINICZNE					
<input type="checkbox"/> Morfologia <input type="checkbox"/> Rozmaz <input type="checkbox"/> OB <input type="checkbox"/> Retikulocyty <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Fibrynogen <input type="checkbox"/> D-Dimery <input type="checkbox"/> Mocz bad. ogólne <input type="checkbox"/> Mocz-białko <input type="checkbox"/> Mocz-cukier, aceton <input type="checkbox"/> Dob. utrata cukru <input type="checkbox"/> Dob. utrata białka Ilość moczu ml <input type="checkbox"/> Test ciążowy <input type="checkbox"/> Kał na Lamblie <input type="checkbox"/> Kał-krew utajona <input type="checkbox"/> Kał na pasożyty <input type="checkbox"/> Kał na resztki pok. <input type="checkbox"/> Profil dobowy (3xgluk)		<input type="checkbox"/> Test obc. 50g glukozy <input type="checkbox"/> Test obc. 75g glukozy <input type="checkbox"/> Białko <input type="checkbox"/> Bilirubina całkowita <input type="checkbox"/> Bilirubina związana <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Triglicerydy <input type="checkbox"/> Lipidogram <input type="checkbox"/> Glukoza <input type="checkbox"/> Kreatynina <input type="checkbox"/> Kwas moczowy <input type="checkbox"/> Mocznik <input type="checkbox"/> AIAT <input type="checkbox"/> AspAT <input type="checkbox"/> Amylaza-surowica <input type="checkbox"/> Amylaza-mocz <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> GGTP <input type="checkbox"/> Magnez <input type="checkbox"/> Wapń		<input type="checkbox"/> Elektrolit <input type="checkbox"/> Żelazo <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Fosforany <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Proteinogram <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4 <input type="checkbox"/> fT3 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Prolaktyna <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> Inne:	
DATA I GODZ. PRZYJĘCIA MAT. DO LABORATORIUM					

LABORATORIUM CENTRALNE ZOZ OŁAWA UL. BACZYŃSKIEGO 1		ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO		TRYB BADANIA NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/>	
NAZWISKO I IMIĘ:			DATA I GODZ. POBRANIA:		
DATA UR./ PESEL		PŁEĆ: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		RODZAJ MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> MOCZ <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> INNE	
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA (PIECZĘĆ)		LEKARZ ZLECAJĄCY (PIECZĘĆ I PODPIS)		OSOBA POBIERAJĄCA (CZYTELNY PODPIS)	
ISTOTNE DANE KLINICZNE					
<input type="checkbox"/> Morfologia <input type="checkbox"/> Rozmaz <input type="checkbox"/> OB <input type="checkbox"/> Retikulocyty <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Fibrynogen <input type="checkbox"/> D-Dimery <input type="checkbox"/> Mocz bad. ogólne <input type="checkbox"/> Mocz-białko <input type="checkbox"/> Mocz-cukier, aceton <input type="checkbox"/> Dob. utrata cukru <input type="checkbox"/> Dob. utrata białka Ilość moczu ml <input type="checkbox"/> Test ciążowy <input type="checkbox"/> Kał na Lamblie <input type="checkbox"/> Kał-krew utajona <input type="checkbox"/> Kał na pasożyty <input type="checkbox"/> Kał na resztki pok. <input type="checkbox"/> Profil dobowy (3xgluk)		<input type="checkbox"/> Test obc. 50g glukozy <input type="checkbox"/> Test obc. 75g glukozy <input type="checkbox"/> Białko <input type="checkbox"/> Bilirubina całkowita <input type="checkbox"/> Bilirubina związana <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Triglicerydy <input type="checkbox"/> Lipidogram <input type="checkbox"/> Glukoza <input type="checkbox"/> Kreatynina <input type="checkbox"/> Kwas moczowy <input type="checkbox"/> Mocznik <input type="checkbox"/> AIAT <input type="checkbox"/> AspAT <input type="checkbox"/> Amylaza-surowica <input type="checkbox"/> Amylaza-mocz <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> GGTP <input type="checkbox"/> Magnez <input type="checkbox"/> Wapń		<input type="checkbox"/> Elektrolit <input type="checkbox"/> Żelazo <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Fosforany <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Proteinogram <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4 <input type="checkbox"/> fT3 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Prolaktyna <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> Inne:	
DATA I GODZ. PRZYJĘCIA MAT. DO LABORATORIUM					

LABORATORIUM CENTRALNE ZOZ OŁAWA UL. BACZYŃSKIEGO 1		ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO		TRYB BADANIA NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/>	
NAZWISKO I IMIĘ:			DATA I GODZ. POBRANIA:		
DATA UR./ PESEL		PŁEĆ: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		RODZAJ MATERIAŁU: <input type="checkbox"/> KREW <input type="checkbox"/> MOCZ <input type="checkbox"/> KAŁ <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> INNE	
JEDNOSTKA ZLECAJĄCA (PIECZĘĆ)		LEKARZ ZLECAJĄCY (PIECZĘĆ I PODPIS)		OSOBA POBIERAJĄCA (CZYTELNY PODPIS)	
ISTOTNE DANE KLINICZNE					
<input type="checkbox"/> Morfologia <input type="checkbox"/> Rozmaz <input type="checkbox"/> OB <input type="checkbox"/> Retikulocyty <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Fibrynogen <input type="checkbox"/> D-Dimery <input type="checkbox"/> Mocz bad. ogólne <input type="checkbox"/> Mocz-białko <input type="checkbox"/> Mocz-cukier, aceton <input type="checkbox"/> Dob. utrata cukru <input type="checkbox"/> Dob. utrata białka Ilość moczu ml <input type="checkbox"/> Test ciążowy <input type="checkbox"/> Kał na Lamblie <input type="checkbox"/> Kał-krew utajona <input type="checkbox"/> Kał na pasożyty <input type="checkbox"/> Kał na resztki pok. <input type="checkbox"/> Profil dobowy (3xgluk)		<input type="checkbox"/> Test obc. 50g glukozy <input type="checkbox"/> Test obc. 75g glukozy <input type="checkbox"/> Białko <input type="checkbox"/> Bilirubina całkowita <input type="checkbox"/> Bilirubina związana <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Triglicerydy <input type="checkbox"/> Lipidogram <input type="checkbox"/> Glukoza <input type="checkbox"/> Kreatynina <input type="checkbox"/> Kwas moczowy <input type="checkbox"/> Mocznik <input type="checkbox"/> AIAT <input type="checkbox"/> AspAT <input type="checkbox"/> Amylaza-surowica <input type="checkbox"/> Amylaza-mocz <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> GGTP <input type="checkbox"/> Magnez <input type="checkbox"/> Wapń		<input type="checkbox"/> Elektrolit <input type="checkbox"/> Żelazo <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Fosforany <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> Proteinogram <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> fT4 <input type="checkbox"/> fT3 <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Estradiol <input type="checkbox"/> Prolaktyna <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> Inne:	
DATA I GODZ. PRZYJĘCIA MAT. DO LABORATORIUM					