



Zlecenie badania laboratoryjnego
LABORATORIUM GENETYCZNE NZOZ GENOM

Fundacja Godula-Hope
ul. Główna 11 Pawilon A1, 41 - 711 Ruda Śląska, tel. (032) 2444-663
e-mail: labor@genom.pl fax. (032) 2444-664

Dane Pacjenta:

Nazwisko i Imię :

Miejsce zamieszkania/ oddział szpitalny

ulica:.....nr domunr lokalu.....;

kod pocztowy:; miejscowość:

Płeć: **K**, Data urodzenia:, PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL

.....

Numer identyfikacyjny pacjenta (podawany przy braku innych danych)

tel:

Proszę o wykonanie dla I-go trymestru ciąży (10- 13+6 tygodnie) oznaczenia: - PAPP-A i wolna podjednostka β hCG.

Rodzaj materiału i jego pochodzenie: surowica

Tryb wykonania badania: cito zwykły

Istotne dane kliniczne pacjentki:

Waga:..... **Data ostatniej miesiączki:**.....

Wiek płodu wg LMP.....tyg. - **data wyk. obliczenia**.....

Wymiar CRL.....mm. - **data wyk. badania**.....

IVF: TAK NIE **Wywiad:**

Pałaca: TAK NIE **Wady genetyczne**.....

Cukrzyca: TAK NIE

Ciąża bliźniacza: TAK NIE **Wady OUN**.....

Krwawienie TAK – ile dni

Wskazanie do badań:.....

Data i godzina pobrania:....., **Dane osoby pobierającej**

Miejsce przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku lub sprawozdania z badania

Inne miejsce niż jednostka zlecająca : Imię i Nazwisko

Ulica:..... Miejscowość:, kod pocztowy:

Jednostka zlecająca

Dane jednostki zlecającej:

Nazwa:

Ulica:..... Miejscowość:, kod pocztowy:

tel:

Data skierowania

(zakreślić właściwe)

.....
(Podpis i pieczęć lekarza)

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

	Data przyjęcia	Godzina	Data włożenia do lodówki	Godzina	Data wyciągnięcia z lodówki	Godzina
Podpis						