



64-100 Leszno ul. Słowiańska 41
 65-529-78-22 laboratorium@ventriculus.pl

Leszno, dnia.....

SKIEROWANIE DO LABORATORIUM

PONIEDZIAŁEK-PIĄTEK W GODZ. 7.00 – 10.00 BUDYNEK LABORATORIUM

DO BADANIA NALEŻY ZGŁASZAĆ SIĘ NA CZCZO 12 GODZ. PO OSTATNIM POSIŁKU)

Nazwisko i imię..... Wiek.....

Adres.....

PESEL.....Data ur. płęć (K/M).....

Istotne dane kliniczne.....tryb wykonania.....

HEMATOLOGIA

- OB
- Morfologia+rozsmaz+plytki- metoda autom

CHEMIA KLINICZNA

- GLUKOZA
- KREATYNINA +eGFR
- MOCZNIK
- KWAS MOCZOWY
- DIASTAZA
- CHOLESTEROL
- HDL-cholesterol
- LDL-cholesterol
- TRÓJGLICERYDY
- BILIRUBINA
- TRANSAMINAZY
- ALP
- GGTP
- LDH
- BIAŁKO
- ALBUMINY
- HBA1c
- CRP
- ASO
- RF

ANALITYKA OGÓLNA

- Mocz- badanie ogólne
- Kał- jaja pasożytów
- Kał – krew utajona
- Kał – lamblia

ELEKTROLITY

- cynk fosforany magnez
- miedź ołów selen
- sód/potas wapń żelazo /TIBC

INNE

- VDRL
- TPHA
- FTA-ABS
- VDRL test potwierdzenia (RPR ilościowo+TPHA)
- HBS Ag
- Anty- HBsAg
- Anty- HCV
- Anty- HIV
- ANA (IIF)
- ANA BLOT

IMMUNOLOGIA

- Helicobacter pylori IgA, IgG
- Wit. B12
- Wit D3
- AGA IgA, IgG
- EMA IgA, IgG
- tTG IgA, IgG
- Borelioza IgM, IgG
- EBV IgM, IgG
- Chlamydia trachomatis IgA,IgM,IgG

HORMONY TARCZYCY

- FT3
- FT4
- TSH
- Anty TPO
- Anty- TG
- TRAb
- Tyreoglobulina

BAKTERIOLOGIA/MYKOLOGIA

- MOCZ – posiew bakteriologiczny
- GARDŁO - wymaz
- PRĄCIE/CEWKA MOCZOWA– wymaz
- POCHWA - wymaz
- ZESKROBINY – skóra, paznokcie

**Weryfikacja skierowań w ramach centr med.
i towarzystw ubezpieczeniowych
w rejestracji w bud B –stanowisko nr 1**

**Wyrażam zgodę na pobranie materiału do
badań i wykonania czynności diagnostycznych
Zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości
wystąpienia wylewów podskórnych i siniaków
a nawet omdlenia.**

.....
(podpis)

.....
Data i podpis os. pobierającej materiał

MARKERY

- CEA
- AFP
- CA 19-9
- CA 125
- CA 15-3
- PSA całkowity PSA wolny
- S-100

HORMONY I METABOLITY

- LH
- FSH
- Estradiol
- Progesteron
- Prolaktyna
- Testosteron całkowity
- Testosteron wolny
- DHT
- Beta-HCG
- DHEA-S
- SHGB
- GH
- Androstendion
- Kortyzol

KOAGULOLOGIA

- WSKAŹNIK PROTROMBINOWY
- CZAS K-K
- D-Dimer

ODBIÓR WYNIKÓW:

DATA:.....GODZ:.....

MIEJSCEPRZESŁANIA:.....

.....
(podpis)

.....
Pieczętka i podpis lekarza kierującego