

ZLECENIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Płeć

 K M

uwagi / istotne dane kliniczne:

JEDNOSTKA ZLECAJĄCA

Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK:

 Oddz. Klin. Nefrologiczny Poradnia Nefrologiczna Oddz. Klin. Przeszczepowy Poradnia Przeszczepowa Stacja Dializ

Proszę o pobranie materiału w dniu:

INNA lub adres Pacjenta:

Laboratorium badawcze akredytowane przez Polskie Centrum Akredytacji (akredytacja nr AB 1582), poniższe badania objęte są zakresem akredytacji wyd. 06 z 2020-09-25. Opis metod i warunków wykonania badań przedstawiony został w „Informacji dla Klienta” nr NEF/001/2020 z dnia 2020-09-28 (dostępna na www.nefrologia.umed.wroc.pl).

CITO

AB 1582, zakr. akr. wyd. 06 z 2020-09-25

surowica	<input type="checkbox"/> Przeciwciała anty-PLA2R (immunofluorescencja pośrednia, PB-NEF-01 wyd.10 z 2020-05-12)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Przeciwciała przeciwko antygenom zgodności tkankowej, anty-HLA – obecność (PB-NEF-02 wyd.11 z dnia 2020-05-12)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Przeciwciała przeciwko antygenom zgodności tkankowej, anty-HLA – swoistość (PB-NEF-02 wyd.11 z dnia 2020-05-12) Antygeny HLA pacjenta: _____ dawcy (dawców): _____ uwagi:	
krew pełna EDTA	<input type="checkbox"/> Ilościowa ocena populacji limfocytów T B NK (PB-NEF-03 wyd.12 z dnia 2020-05-12)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ilościowa ocena populacji limfocytów subT: CD4+/CD8+ (PB-NEF-03 wyd.12 z dnia 2020-05-12)	

Badania poza zakresem akredytacji

surowica	<input type="checkbox"/> Aktywność hemolityczna dopełniacza CH50	<input type="checkbox"/>
krew pełna EDTA	<input type="checkbox"/> Everolimus (poziom leku, wysyłka)	<i>podać dawkowanie i datę/godzinę ostatniej dawki:</i>
krew pełna heparyna litowa	<input type="checkbox"/> Antygen wczesny cytomegalowirusa	<input type="checkbox"/>
mocz	<input type="checkbox"/> Erytrocyturia w mikroskopie kontrastowo-fazowym	<input type="checkbox"/>

INNE - podać nazwę badania:

dostarczany materiał (oznaczenia kolorów wg systemu BD Vacutainer)

<input type="checkbox"/> 4ml	<input type="checkbox"/> 10ml	surowica (próbówka czerwona)	
<input type="checkbox"/> 4ml	<input type="checkbox"/> 10ml	krew pełna heparyna litowa (próbówka zielona)	
<input type="checkbox"/> 2ml	<input type="checkbox"/> 4ml	<input type="checkbox"/> 10ml	krew pełna EDTA (próbówka fioletowa)
<input type="checkbox"/> 2,7 ml		krew pełna cytrynian (próbówka niebieska)	
<input type="checkbox"/>		mocz	
<input type="checkbox"/>		inny:	

wypełnia osoba pobierająca materiał

materiał pobrano:

data

godzina

dane osoby pobierającej materiał

pieczętka i podpis lekarza zlecającego

ADNOTACJE LABORATORIUM

Oznakowanie materiału zgodne ze zleceniem

 tak nie

Data i godzina przyjęcia materiału:

Materiał przydatny do badania

 tak nie

Numer zlecenia:

Zlecenie przyjęła:

Uwagi: