



**Zakład i Poradnia Genetyki Klinicznej
Katedry Genetyki Klinicznej i Laboratoryjnej**

Centrum Kliniczno-Dydaktyczne UM w Łodzi
92-213 Łódź, ul. Pomorska 251
budynek A1 poziom 9
wejście wschodnie od ul. Czechosłowackiej

Zakład:

tel. 42 272 57 67
genetyka@kardio-sterling.lodz.pl

Poradnia:

tel. 42 272 53 53, tel. 42 272 53 55
porgn@cskis.umed.pl

Zlecenie badania laboratoryjnego – postnatalnego

pacjent		jednostka zlecająca	
imię i nazwisko (litery drukowane):		dane: nazwa, dokładny adres, NIP i REGON:	
data urodzenia:			
PESEL:			
pleć:	kobieta	mężczyzna	nieznana
dokładny adres pacjenta: ulica i numer domu kod pocztowy, miejscowość		pieczęć i podpis lekarza kierującego, kontakt:	
kontakt telefoniczny, mailowy:		miejsce przesłania wyniku (lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku)	
jeśli brak numeru PESEL - dane innego dokumentu tożsamości:		zgoda na pokrycie kosztów badania:	
materiał		informacje o badaniu	
..... osoba pobierająca materiał data i godzina pobrania materiału		zlecone badania, cel (weryfikacja rozpoznania klinicznego, określenie stanu nosicielstwa, badanie przedkliniczne) * rozpoznanie choroby:	
krew obwodowa		nasienie	informacja o leczeniu pacjenta; ew. przeszczepy; transfuzje: *
wycinek skóry		genomowy DNA
szpik kostny		mocz
inny materiał			wywiad rodzinny (obciążenia genetyczne w rodzinie): *
data i godzina przyjęcia materiału przez laboratorium:		imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał	

* w razie potrzeby prosimy kontynuować na następnej stronie

