



Instytut Matki i Dziecka

Zakład Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej

Ul. Kasprzaka 17A, 01-211 Warszawa; tel.: 22 32 77 256, fax.: 22 32 77 161

Aktywności reduktazy dihydropterydynowej (DHPR) w suchej kropli krwi

Zleceniodawca	Lekarz kierujący
Umowa nr / NIP:	Telefon do kontaktu:
Data skierowania:	
Bezplatne badanie w ramach programu przesiewowego noworodków:**	Nr bibuły przesiewowej*
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Imię i Nazwisko matki*

DANE OSOBOWE:

Data urodzenia dziecka (d/m/r)		/		/			Data pobrania (d/m/r)		/		/							
Imię i Nazwisko	TAK / NIE		Data transfuzji			Preparat												
Pesel dziecka																		

Dodatkowe Informacje	
----------------------	--

Gł. Księgowa/y

Dyrektor

* Wpisać w przypadku nieprawidłowego wyniku badania z bibuły przesiewowej (na zlecenie Zakładu Badań Przesiewowych IMiD)

** Tylko wykryte w pierwszej bibule przesiewowej.