



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

Oznaczenie profilu pteryn w moczu

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

DANE OSOBOWE:

Imię i Nazwisko												
Pesel dziecka												
Data urodzenia dziecka (d/m/r)			/			/						
							Data pobrania (d/m/r)			/		/

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

Gł. Księgowa/y

Dyrektor

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