



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

Oznaczanie ilościowe poziomu urydililitransferazy heksozo-1-fosforanowej w hemolizacie erytrocytów

Zleceniodawca	Lekarz kierujący
Umowa nr / NIP:	Telefon do kontaktu:
Data skierowania:	Tryb badania: <input type="checkbox"/> Cito* / Zwykły** <input type="checkbox"/>

DANE OSOBOWE:

Imię i Nazwisko											
Pesel dziecka											
Data urodzenia dziecka (d/m/r)			/			/					
Data pobrania (d/m/r)			/			/					
<u>Transfuzja</u>	TAK / NIE		Data transfuzji					Rodzaj preparatu			

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

Gł. Księgowa/y

Dyrektor

POBRANIE I TRANSPORT MATERIAŁU: 5ml krwi pobranej na heparynę sodową. Nie zamrażać.