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 cystyny w moczu (metoda jakościowa)

Zleceniodawca	**Lekarz kierujący**
Umowa nr / NIP:	**Telefon do kontaktu:**
Data skierowania:	**Tryb badania:** ☐ **Cito / Zwykły** ☐

DANE OSOBOWE:

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

Dodatkowe Informacje (leki, objawy)	

---------- ----------

Gł. Księgowa/y **Dyrektor**