



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

Skierowanie na badanie profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC-MS

Zleceniodawca	Lekarz kierujący
Umowa nr / NIP:	Telefon do kontaktu:
Data skierowania:	Tryb badania: <input type="checkbox"/> Cito / Zwykły <input type="checkbox"/>
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 moczu (d/m/r)			/			/				

ŻYWIENIE:

Rodzaj	Naturalne/ Sztuczne*	Preparat MCT	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pozajelitowe		Od kiedy	
Aminokwasy		Tłuszcze	

LECZENIE:

Antybiotyko-terapia	Tak / Nie	dziecko / matka
Nazwa antybiotyku/ dawka		
Okres stosowania		
VPA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
DOPAMINA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

OBJAWY KLINICZNE:

hipotonia	Tak / Nie	(uwagi)	biegunka	Tak / Nie	(uwagi)
śpiączka	Tak / Nie		hepatomegalia	Tak / Nie	
drżenia	Tak / Nie		kardiomegalia	Tak / Nie	
drgawki	Tak / Nie		kardiomiopatia	Tak / Nie	
wymioty	Tak / Nie		zaburz. rytmu	Tak / Nie	
brak łaknienia	Tak / Nie		obrzęki	Tak / Nie	
Inne objawy					

WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH:

	(wynik)	(jednostka)		(wynik)	(jednostka)
glukoza			kw. mlekowy		
gazometria: pH			Ca		
pCO ₂			P		
pO ₂			Aspat		
HCO ₃			Alat		
BE			CPK		
luka anionowa			amoniak		
WYNIK LC/MS/MS					

Gł. Księgowa/y

Dyrektor

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