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

Ilościowe oznaczenie aktywności dehydrogenazy średnio-łańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCAD) w limfocytach

Zleceniodawca	**Lekarz kierujący**
Umowa nr / NIP:	**Telefon do kontaktu:**
Data skierowania:	**Tryb badania:** ☐ **Cito** ☐ **Zwykły**
Bezpłatne badanie w ramach programu przesiewowego noworodków:	**Nr bibuły przesiewowej***
☐ **TAK** ☐ **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)