



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

Aktywności reduktazy dihydropterydynowej (DHPR) w suchej kropli krwi

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

DANE OSOBOWE:

Data urodzenia dziecka (d/m/r)			/			/									
Imię i Nazwisko	TAK / NIE		Data transfuzji					Preparat							
Pesel dziecka															

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

Gł. Księgowa/y

Dyrektor

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