|  |  |
| --- | --- |
| Pieczątka jednostki kierującej | **Skierowanie do Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej** |
| **USK nr 4 w Lublinie, ul. Dra K. Jaczewskiego 8c, rejestracja tel.: 81 724-43-87, 81 724-41-21** |
| Program zewnętrznej kontroli jakości badań we współpracy z firmą Randox Laboratories ltd. |
| SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOIMMUNOLOGICZNE |

|  |
| --- |
|  |
| ***Poziom:***  | ***FT3*** |  | ***FT4*** |  | ***TSH*** |  | ***TR – Ab*** |  | ***anty – TPO***  |  | **anty TG** |  |  |
|  |
| ***HGH (0´)*** |  | ***HGH (60´)*** |  | ***HGH (120´)*** |  |  |
|  |
| Pani (Pan): ………………………………………………………………………………………..……………….….… | Płeć: |  K |  |  M  |  |
| Adres: ………………………………………………………………………………………………………...………… | Telefon: …….…………...…. |
| PESEL\*:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……………………...…………….……………........……… | Data ur: ………….…....….… |
| Rozpoznanie: ………………………………………………………………………….…………………………………………………………….……... |
| ……………………………………………………………………………………………………………………… | Kod ICD-10: |  |  |  | **.** |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| W przypadku, gdy badanie wykonujemy w trybie ambulatoryjnym i pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać: **imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego**. |
| Krótki wywiad: …………………..……………………………………………………………….…………….……………………..……….…...……... |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Leczenie: …………………………...………………………………………..…………………………...………………..……………………….……… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| Data pobrania materiału: |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | Godzina pobrania:  |  |  | **:** |  |  |  | ………………………………….. |
|  (dzień) (miesiąc) (rok) Czytelny podpis osoby pobierającej |
|  |
| Data przyjęcia materiału: |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | Godzina przyjęcia: |  |  | **:** |  |  |  |
|  (dzień) (miesiąc) (rok)  |
| \* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka należy podać numer PESEL matki. Lublin, dnia ........................... Pieczątka i podpis lekarza kierującego …………….…………………..………....…………….….  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczątka jednostki kierującej | **Skierowanie do Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej** |
| **USK nr 4 w Lublinie, ul. Dra K. Jaczewskiego 8c, rejestracja tel.: 81 724-43-87, 81 724-41-21** |
| Program zewnętrznej kontroli jakości badań we współpracy z firmą Randox Laboratories ltd. |
| SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOIMMUNOLOGICZNE |

|  |
| --- |
|  |
| ***Poziom:***  | ***FT3*** |  | ***FT4*** |  | ***TSH*** |  | ***TR – Ab*** |  | ***anty – TPO***  |  | **anty TG** |  |  |
|  |
| ***HGH (0´)*** |  | ***HGH (60´)*** |  | ***HGH (120´)*** |  |  |
|  |
| Pani (Pan): ………………………………………………………………………………………..……………….….… | Płeć: |  K |  |  M  |  |
| Adres: ………………………………………………………………………………………………………...………… | Telefon: …….…………...…. |
| PESEL\*:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ……………………...…………….……………........……… | Data ur: ………….…....….… |
| Rozpoznanie: ………………………………………………………………………….…………………………………………………………….……... |
| ……………………………………………………………………………………………………………………… | Kod ICD-10: |  |  |  | **.** |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| W przypadku, gdy badanie wykonujemy w trybie ambulatoryjnym i pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać: **imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego**. |
| Krótki wywiad: …………………..……………………………………………………………….…………….……………………..……….…...……... |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Leczenie: …………………………...………………………………………..…………………………...………………..……………………….……… |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| Data pobrania materiału: |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | Godzina pobrania:  |  |  | **:** |  |  |  | ………………………………….. |
|  (dzień) (miesiąc) (rok) Czytelny podpis osoby pobierającej |
|  |
| Data przyjęcia materiału: |  |  | **-** |  |  | **-** |  |  |  |  | Godzina przyjęcia: |  |  | **:** |  |  |  |
|  (dzień) (miesiąc) (rok)  |
| \* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka należy podać numer PESEL matki. Lublin, dnia ........................... Pieczątka i podpis lekarza kierującego …………….…………………..………....…………….….  |

 |