



Śląskie Laboratoria Analityczne

Imię.....

Nazwisko.....

PŁEĆ

K

PESEL/data ur.

M

Adres.....

CITO

miescowosc

ulica

Data i godzina pobrania

od 7⁰⁰ do 8⁰⁰ od 8⁰⁰ do 9⁰⁰ od 9⁰⁰ do 10⁰⁰ inna

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

KREW EDTA

Lipaza

MARKERY NOW.

Morfologia 14p

Magnez

AFP

Morfologia 25p

Mocznik

CA 15-3

Leukogram

Proteinogram

CA 19-9

Retikulocyty

RF

CA 125

HbA1C

TIBC

CEA

ACTH

Triglicerydy

PSA całk.

Cynkoprotoporfiryny

Wapń całk.

PSA wolny

Ołów

Waaler-Rose od.

B. HORMONALNE

Grupa krwi

Wit. B12

AMH (antyMüllerian h.)

p/c antyerytrocyt.

Wit. D 25 (OH)

Androstendion

KREW FLUOREK

Żelazo

DHEA-S

Glukoza

INFEKCJE

Estradiol

KOAGULOLOGIA

p-ciała anty:

FSH

APTT

Borrelia b. IgG

β HCG total

D-dimery

Borrelia b. IgM

Insulina

Fibrynogen

Borrelia b. IgG/IgM

Kortyzol

PT (INR)

Chlamydia pn. IgG

LH

KREW CYTRYN

Chlamydia pn. IgM

17-OHprogesteron

OB

Chlamydia pn. IgG/IgM

Progesteron

SUROWICA BIOCHEMIA

Chlamydia tr. IgG

Prolaktyna

α amylaza

Chlamydia tr. IgM

PTH intact

ASO

Chlamydia tr. IgG/IgM

Testosteron

AST (AspAT)

CMV IgG

Testosteron wolny

ALT (AIAT)

CMV IgM

T3

ALP (Fosf. alk.)

CMV IgG/IgM

FT3

Bilirubina

Glista ludzka IgG

T4

Białko całkowite

Helicobacter pyl. IgG

FT4

Cholesterol

HIV combo (Ab, Ag)

TSH

Cholesterol HDL

Kiła USR

TRAB

Cholesterol LDL

Kiła VDRL

pc. anty TG

CRP

Mycoplasma pn. IgG

pc. anty TPO

CK-MB

Mycoplasma pn. IgM

AUTOIMMUNODGN

CK-NAC

Mycoplasma pn. IgG/IgM

pc. p/jądr ANA 1

Ferrytyna

Różyczka IgG

pc. p/jądr ANA 2

Fosfor

Różyczka IgG/IgM

pc. p/jądr ANA screen

GGT (GGTP)

Toxoplasma g. IgG

anty CCP

Glukoza

Toxoplasma g. IgM

pc.p/transglut. tk. A

Test tolerancji glukozy

Toxoplasma g. IgG/IgM

MOCZ

Homocysteina

wzw B: anty HBs

Analiza og. BOM

IgE

HBs antygen

α amylaza

Jonogram

anty HBc total

ALA (kw. δaminolew)

Kreatynina

wzw C: anty HCV

KAŁ

Kwas foliowy

ALERGOLOGIA

Pasożyty

Kwas moczowy

IgE panel mieszany

G. lamblia EIA

LDH

IgE panel pokarmowy

Krew utajona

IgE panel wziewny

INNE verte

Liczba badań

Wybrane badania zaznaczyć prawidłowo

Tu wklej kod kreskowy

INNE

WAŻNE INFORMACJE DODATKOWE

LEKARZE ZLECAJĄCY (pieczętka, podpis)

ZLECENIODAWCA (pieczętka)

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU LUB WSKAZANIE ODBIORCY

POBIERAJĄCY (pieczętka, czytelny podpis)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykonanie zleconych powyżej badań laboratoryjnych w celach profilaktyczno-łeczniczych oraz na niezbędne do ich wykonania przetwarzanie danych osobowych przez firmę ŚLA i jej podwykonawców.

PRZYJĘCIE MATERIAŁU W LABORATORIUM

DATA/GODZINA

Zgodnie z zapisem w systemie LIS



ŚLA

www.sla.pl

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, Katowice

tel. 32 35 90 922, fax 32 35 90 928

Czynne: od poniedziałku do piątku
w godz. 6.00 – 21.00
w soboty: 7.00 – 11.00

bok@sla.pl