pieczątka jednostki kierującej

**Skierowanie do Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej**

**SPSK nr 4 w Lublinie, ul. Dr 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: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) Godzina pobrania: ☐☐:☐☐

……

Czytelny podpis osoby pobierającej

Data przyjęcia materiału: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) Godzina przyjęcia: ☐☐:☐☐

* 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 ……