

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_ r.

-----  
Pieczęć jednostki zlecającej badanie**SKIEROWANIE NA BADANIE:****Aktywność enzymu konwertującego angiotensynę (ACE), Stężenie alfa1-antytrypsyny (AAT)**

do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc,  
01-138 WARSZAWA, ul. Płocka 26  
tel. (22) 43-12-105; -158/ fax. (22) 43-12-358  
e-mail: immuno@igichp.edu.pl

Podstawą do wykonania badania jest kompletne i czytelnie wypełnione skierowanie

Nazwisko i imiona Pacjenta

Adres zamieszkania Pacjenta/  
oddział szpitalny

Data urodzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

płeć\*  K  MRozpoznanie kliniczne oraz  
informacje dodatkowe

Nr	Rodzaj badania*:		Materiał*
1	<input type="checkbox"/>	Aktywność enzymu konwertującego angiotensynę (ACE)	<input type="checkbox"/> krew pełna pobrana na skrzep
			<input type="checkbox"/> surowica
2	<input type="checkbox"/>	Stężenie alfa-1 antytrypsyny (AAT)	<input type="checkbox"/> krew pełna pobrana na skrzep
			<input type="checkbox"/> surowica

\* zaznaczyć odpowiednie

-----  
Data i godzina pobrania materiału

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał kliniczny

-----  
Data i godzina przyjęcia materiału w ZGIK

Miejsce przesłania wyniku badań (jeżeli miejsce przesłania wyniku jest inne niż adres jednostki kierującej) lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badań: imię i nazwisko oraz rodzaj i nr dokumentu tożsamości

-----  
Dane kontaktowe lekarza zlecającego badanie:

Tel: -----

Fax: -----

-----  
Pieczęćka i podpis lekarza zlecającego badanie-----  
Pieczęć i podpis osoby reprezentującej Udzielającego zamówieniaMateriał do badań przyjmowany jest od poniedziałku do piątku w godz. 8<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup>,

Materiał należy dostarczać do Zakładu Genetyki i Immunologii Klinicznej IGiChP, mieszczącego się na IV piętrze (nad Przychodnią Przyklinikną)

Kontakt: (22) 43-12-105, -158; dr n.med. Adriana Roży, mgr Aneta Zdrał, tech. Beata Szumna,