



INSTYTUT PSYCHIATRII I NEUROLOGII

ZAKŁAD GENETYKI

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel. (48 22) 45 82 610

ZLECENIE BADANIA LABORATORYJNEGO NA DIAGNOSTYKĘ CHOROBY WILSONA

DANE PACJENTA		JEDNOSTKA ZLECAJĄCA BADANIE																																								
Imię i nazwisko (drukowanymi literami):		Nazwa:																																								
Data urodzenia:		Adres:																																								
PESEL:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Tel / fax:																				
PLEĆ:	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <i>Kobieta</i> <i>Mężczyzna</i> <i>Nieznana</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Email:																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Adres pacjenta:		NIP:																																								
..... ulica i numer domu		Oddział:																																								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																								 kod pocztowy miejscowość	
Kontakt z pacjentem (telefon, fax, e-mail):																																									
W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość:	 pieczęć jednostki zlecającej																																								
.....																																									
MATERIAŁ		ZLECONE BADANIA																																								
Rodzaj materiału	Data i godzina pobrania:	<input type="checkbox"/> Poziom ceruloplazminy w surowicy																																								
<input type="checkbox"/> krew obwodowa	<input type="checkbox"/> Poziom miedzi w surowicy																																								
<input type="checkbox"/> mocza - obj. dobowej	Imię i nazwisko osoby pobierającej	<input type="checkbox"/> Poziom cynku w surowicy																																								
zbiórki (ml)	materiał do badania:	<input type="checkbox"/> Poziom miedzi w moczu																																								
.....	<input type="checkbox"/> Poziom cynku w moczu																																								
Data i godzina przyjęcia materiału:																																									

WSKAZANIA DO WYKONYWANIA BADANIA

Cel badania:	
<input type="checkbox"/> Weryfikacja rozpoznania klinicznego	<input type="checkbox"/> Diagnostyka przedobjawowa
<u>Objawy kliniczne:</u>	<input type="checkbox"/> Monitorowanie terapii
<input type="checkbox"/> Zaburzenia funkcji wątroby	<input type="checkbox"/> Cuprenil
<input type="checkbox"/> Zaburzenia neurologiczne	<input type="checkbox"/> Zincteral
<input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiatryczne	<input type="checkbox"/> Inne
<input type="checkbox"/> Wiek wystąpienia pierwszych objawów	
Wywiad rodzinny:	
Czy rodzice są spokrewnieni: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Czy były w rodzinie podobne przypadki:
Jeśli tak to podać imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa z badaną osobą (uwzględnić osoby zmarłe):	
1	2
3	4
Informacja o transfuzji krwi i przeszczepach narządów:	
.....	

Lekarz zlecający badanie	Ordynator oddziału /Kierownik poradni	Główny Księgowy	Dyrektor Szpitala