

NAZWISKO									
IMIĘ									
PESEL		D D		M M		R R		DATA URODZENIA	
ADRES									

ILOŚĆ BADAŃ	PIECZĘĆ ZLECENIODAWCY	KOD MATERIAŁU TUTAJ NAKLEJ KOD MATERIAŁU
DATA I GODZINA POBRANIA	LEKARZ KIERUJĄCY	KOD KONTRAHENTA
PŁEĆ: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	MIEJSCE ODBIORU WYNIKU	DATA ZLECENIA
CZYTELNY PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ		

SKIEROWANIE NA BADANIE – FibroTest

FibroTest (Haptoglobina, Alfa-2-makroglobulina, GGT, Bilirubina, Apolipoproteina A1, ALT)

- BADANIA (3751) + RAPORT (3651)
- BADANIA (3751) (bez raportu)

ISTOTNE DANE KLINICZNE:

- Przewlekła hemoliza szczególnie u pacjentów z protezą zastawki tak nie
- Zespół Gilberta tak nie
- Leki stosowane w terapii przeciwwirusowej (HCV, HBV, HIV) tak nie

INNE INFORMACJE: WSKAZANE NA CZCZO (lekka dieta)

.....

.....

SKIEROWANIE NA BADANIE – FibroMax

FibroMax (Haptoglobina, Alfa-2-makroglobulina, GGT, Bilirubina, Apolipoproteina A1, ALT, AST, Glukoza na czczo, Triglicerydy, Cholesterol całkowity)

- BADANIA (3752) + RAPORT (3652)
- BADANIA (3752) (bez raportu)

ISTOTNE DANE KLINICZNE:

- Przewlekła hemoliza szczególnie u pacjentów z protezą zastawki tak nie
- Zespół Gilberta tak nie
- Leki stosowane w terapii przeciwwirusowej (HCV, HBV, HIV) tak nie

INNE INFORMACJE: BEZWZGLĘDNI NA CZCZO.....

.....

.....

Masa ciała kg

Wzrost cm

INFORMACJE DLA PACJENTA

- a) Testy nie zostały zwalidowane dla pacjentów po przeszczepie wątroby.
- b) Wykonanie badania należy odroczyć w przypadku, gdy u pacjenta występuje:
- nasilona hemoliza (atak malarii, leki powodujące hemolizę takie jak rybawiryna, azatioprina),
 - ostre zapalenie wątroby w przebiegu: zakażeń wirusowych (nadkażenia HAV, HBV, HCV), chorób autoimmunizacyjnych lub wywołane lekami,
 - ostre zapalenia towarzyszące infekcji bakteryjnej lub wirusowej (zapalenie dróg oddechowych lub moczowych)
 - cholestaza zewnątrzwątrobową, np. kamienie żółciowe
- c) Interpretacji wyników powinien dokonać lekarz specjalista. Jest to szczególnie ważne u pacjentów z przewlekłą hemolizą, zespołem Gilberta.
- d) W przypadku wątpliwości skontaktuj się z lekarzem.

Oświadczenie Pacjenta

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wykonania badań i wydania wyniku FibroTest/FibroMax.
- 2) Oświadczam, że:
- ✓ potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym podanych przeze mnie danych
 - ✓ zapoznałem się z powyższymi informacjami

.....
telefon

.....
data

.....
Podpis Pacjenta

WYBRANE PUNKTY W KTÓRYCH MOŻESZ WYKONAĆ BADANIE:

(pełna lista na stronie www.diag.pl)

Białystok, ul. Antoniukowska 11, tel. 085 651 11 16 lub 0 663 680 357

Częstochowa, ul. Mickiewicza 12, tel. 034 370 24 43

Gdynia, ul. Wendy 7/9, tel. 058 620 84 01

Gorzów, ul. Piłsudskiego 15, tel. 095 722 92 22

Jelenia Góra, ul. Wiejska 11, tel. 075 642 03 28

Kielce, ul. Jagiellońska 74, tel. 041 368 73 01

Kraków, ul. Olszańska 5, tel. 012 295 01 30

Lublin, ul. Topolowa 7, tel. 081 745 92 55

Łódź, ul. Sporna 36/50, tel. 042 617 79 55

Opole, ul. Wodociągowa 4, tel. 077 541 41 91

Poznań, Al. Solidarności 36, tel. 061 647 77 40

Rzeszów, ul. Jabłońskiego 2/4, tel. 017 875 58 18

Sosnowiec, ul. Wawel 15, tel. 032 368 48 36

Szczecin, ul. Boh. Warszawy 17/20, tel. 091 433 50 61

Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1, tel. 015 812 33 21

Warszawa, Al. Dwudziestolatków 3, tel. 022 846 12 48

Wrocław, ul. Weigla 12, tel. 071 370 90 00

Zielona Góra, ul. Kupiecka 22, tel. 068 457 89 81