

Oznaczenie jednostki zlecającej	Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Zakład Patologii i Diagnostyki Laboratoryjnej Pracownia Markerów Nowotworowych 02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5 Nr Rejestru KIDL 2598 Sekretariat: tel. 22 546 22 40	Formularz podstawowy
		Data wystawienia zlecenia

**SKIEROWANIE NA PŁATNE BADANIA LABORATORYJNE
DO PRACOWNI MARKERÓW NOWOTWOROWYCH**

e-mail: sekretariatzm@coi.pl

PŁATNIK:

- Umowa nr
- Koszt świadczenia
- Zgoda płatnika zewnętrznego

Pieczęć i podpis płatnika zewnętrznego / dyrekcji

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta	Płeć
Data urodzenia	

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku osoby nieposiadającej numer PESEL)

Numer identyfikacyjny pacjenta (przekazany w celu pseudonimizacji danych osobowych pacjenta):

TRYB WYKONANIA BADANIA

- rutynowy
 pilne
 badanie kliniczne

Rozpoznanie wg ICD 10 / Istotne dane kliniczne pacjenta

WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA MATERIAŁ

Data pobrania	Godzina pobrania

KOD KRESKOWY

WYPEŁNIA LABORATORIUM

Oznaczenie osoby pobierającej materiał do badania

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU (* e-mail, adres pocztowy)

* zakreślić preferowany sposób przekazania wyników badań, z podaniem niezbędnych informacji lekarzy)

Lekarz zlecający (pieczętka i podpis)

Pracownia Markerów Nowotworowych
Centrum Onkologii – Instytut, im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa
Nr Rejestru KIDL 2598

e-mail: sekretariatmn@coi.pl

Nr telefonu: 22-546-22-40

WYKAZ BADAŃ:

CEA	<input type="checkbox"/>	TSH	<input type="checkbox"/>
CA 19.9	<input type="checkbox"/>	FT3	<input type="checkbox"/>
CA 125	<input type="checkbox"/>	FT4	<input type="checkbox"/>
HE-4	<input type="checkbox"/>	TG	<input type="checkbox"/>
CA 15.3	<input type="checkbox"/>	Anty- TG	<input type="checkbox"/>
HCG	<input type="checkbox"/>	Anty-TPO	<input type="checkbox"/>
AFP	<input type="checkbox"/>	WITAMINA D 3	<input type="checkbox"/>
PSA	<input type="checkbox"/>	Kalcytonina	<input type="checkbox"/>
FPSA	<input type="checkbox"/>		
SCC	<input type="checkbox"/>		
CYFRA 21.1	<input type="checkbox"/>		
INHIBINA B	<input type="checkbox"/>	CHROMOGRANINA A	<input type="checkbox"/>
		NSE	<input type="checkbox"/>