.....
Pieczęć jednostki kierującej

Data .....

SKIEROWANIE NA PROFIL STEROIDOWY
DO ZAKŁADU BIOCHEMII I MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ IPCZD
Pracownia Zaburzeń Metabolizmu (Hormony) tel. 22 8151707

Imię: .....

Nazwisko: .....

Data urodzenia: .....

PESEL: .....

Płeć: .....

Numer kartoteki: .....

Oddział / poradnia: .....

Nr procedury wysokospecjalistycznej: .....

Data i godzina pobrania: .....

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał: .....

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium: .....

Nr badania: .....

Próbka pochodzi od pacjenta chorego lub podejrzanego o chorobę przenoszoną drogą krwi ☐ tak ☐ nie

Rozpoznanie .....

Leczenie ..... **DZM ..... ml**

Noworodki i niemowlęta:

waga urodzeniowa .....
aktualna waga .....

	NIE	TAK	
poród przedwczesny	☐	☐	..... Hbd
zaburzenia elektrolitowe	☐	☐	Na..... K.....
ARO (renina) Norma:	☐	↑	↓
nieprawidłowe narządy płciowe	☐	☐	

.....
.....

Pubarche	☐	☐
nadciśnienie	☐	☐
obciążający wywiad rodzinny	☐	☐

.....
wykonane badania hormonalne .....
.....
Inne .....
.....
.....

Dzieci i dorośli:

wzrost / waga .....

	NIE	TAK	
przedwczesne dojrzewanie	☐	☐	
opóźnione dojrzewanie	☐	☐	
nieprawidłowe narządy płciowe	☐	☐	

.....
.....

hirsutyzm	☐	☐	
nadciśnienie	☐	☐	
zaburzenia elektrolitowe	☐	☐	Na..... K.....
ARO (renina) Norma:	☐	↑	↓*
obciążający wywiad rodzinny	☐	☐	

.....
dzień cyklu miesiączkowego .....
wykonane badania hormonalne .....
.....
Inne endokrynopatie .....
.....

.....
Pieczątka imienna i podpis lekarza kierującego