

DIAGNOSTIČNI LABORATORIJ

 Kandijska cesta 4
 8000 Novo mesto
 T:07/39-16-765
 laboratorij@zd-nm.si

Priimek in ime preiskovanca: _____

Rojstni datum: _____

Spol:

M Ž

Ambulanta: _____

Zdravnik: _____

Številka zdravnika: _____

NAROČILNICA ZA LABORATORIJSKE PREISKAVE

SERUM				
S-CRP	S-LDH	S-URAT	S-TSH	
S-GLUKOZA	S-CK	S-ŽELEZO	S-FT3	
S-BILIRUBIN celokupni	S-SEČNINA	S-TIBC	S-FT4	
S-BILIRUBUN direktni	S-KREATININ	S-PROTEINI	S-FERITIN	
S-ALT	S-KALIJ	S-HOLESTEROL	S-PSA	
S-AST	S-NATRIJ	S-TRIGLICERIDI		
S-GGT	S-KLORID	S-HDL	HITRI TESTI	
S-ALK.FOSFATAZA	S-KALCIJ	S-LDL	Strep A	
S-AMILAZA	S-FOSFAT	S-OGTT-75g GLU	Epstein Barr v.	
KRI		PLAZMA		BLATO
K-SR	P-PČ/INR	U-OSNOVNA ANALIZA		F-prebavljivost
K-HEMOGRAM	P-D DIMER	U-SEDIMENT		F-KRI I
K-DKS	P-TROMBOCITI citr.pl.	U-URIKULT		F-KRI II
K-DKS mikroskop.				F-KRI III
K-RETIKULOCITI				F-H.PYLORI
K-HbA1C				
DRUGO:				

DATUM: _____

PODPIS IN ŽIG ZDRAVNIKA: _____