



Γ.Ν.Π. ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΡΕΒΕΖΑΣ

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ - ΟΡΜΟΝΕΣ

ΤΜΗΜΑ:

Όνομ/μο ασθενή:.....

Ζητούμενες εξετάσεις:

☐ ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ☐ ΤΚΕ ☐ INR ☐ APTT ☐ PT

<input type="checkbox"/> GLU	<input type="checkbox"/> ALB	<input type="checkbox"/> PTH	<input type="checkbox"/> HbA1C
<input type="checkbox"/> URE	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> CRE	<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> Widal
<input type="checkbox"/> K/Na	<input type="checkbox"/> CKMB	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Wright
<input type="checkbox"/> Ca	<input type="checkbox"/> Troponin I	<input type="checkbox"/> FT3	<input type="checkbox"/> Rose Bengal
<input type="checkbox"/> Po4	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> FT4	
<input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> UA	<input type="checkbox"/> PSA F/T	
<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> CHOL	<input type="checkbox"/> FERR	
<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> TRG	<input type="checkbox"/> BHCG	
<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> LDL	<input type="checkbox"/> B12	
<input type="checkbox"/> g-GT	<input type="checkbox"/> HDL	<input type="checkbox"/> FOL	
<input type="checkbox"/> TBIL	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> CEA	
<input type="checkbox"/> DBIL	<input type="checkbox"/> AMY	<input type="checkbox"/> AFP	
<input type="checkbox"/> IBIL	<input type="checkbox"/> Fe		
<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> TIBC		
	<input type="checkbox"/> PCHE		

ΠΡΕΒΕΖΑ...../...../202.....
Ο
ΙΑΤΡΟΣ