

URIINI- JA ROOJAURINGUTE SAATEKIRI

PATSIENT

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood/sünniaeg: _____

Vanus: _____

Sugu: M N

PATSIENTI NIMEKLEEPS

TELLIJA

Arst: _____

Tel: _____ Arsti kood: _____

Osakond/asutus: _____

Kuupäev: _____

Allkiri: _____

Patsiendi meelepea!

Proovi andmisekoht ja
aeg: I korrus, labori
registratuur
PROOVIMATERJALIDE
VASTUVÕTT,
tööpäeviti 7.30-15.00
Proov tuua soovitatavalt
hommikul.

Materjal: uriin (U), kogutud uriin (dU), roe (St)

URIIN

hommikune (keskjao)

juhuslik (keskjao)

kogutud _____ tundi

kogus _____ ml

PROOVI NÄIDUSTUS

sõeltest

erijuhtum

URIINIURINGUD

U-Strip

U-Sed-m

U-Alb

dU-Prot

U-Amyl

U-Crea

U-Alb/U-Crea

U-Prot

U-Na

U-K

dU-Na

dU-K

dU-Cl

dU-Ca

dU-Mg

dU-P

ROOJAURINGUD

St-Hb

Proovimaterjali võtmise kuupäev: _____ Kellaeg: _____ Proovivõtja nimi/allkiri: _____