

URIINI- JA ROOJAURINGUTE SAATEKIRI

Patsiendi meelespeal

Proovi andmise koht ja aeg:

- I korrus A-tiib labor:

PROOVIMATERJALIDE VASTUVÕTT,

- tööpäeviti kell 7.30 - 15.00

Proov tuua soovitavalt hommikul.

PATSIENT

NIMI _____

ISIKUKOOD _____

MUUD ANDMED _____

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

TELLIJA

NIMI _____

OSAKOND/ASUTUS _____

TELEFON _____

URIIN

hommikune (keskjoa)

juhuslik (keskjoa)

kogutudtundi

kogusml

PROOVI NÄIDUSTUS

sõeltest

erijuhtum

URIINIURINGUD

U-Strip

U-Sed-m

U-Alb

dU-Prot

U-Amyl

U-Crea

U-Alb/U-Crea

dU-Na

dU-K

dU-Cl

dU-Ca

dU-Mg

dU-P

ROOJAURINGUD

St-Hb

Proovimaterjali võtmise kuupäev: _____ Kellaeg: _____