

## URIINI- JA ROOJAURINGUTE SAATEKIRI

### PATSIENT

Eesnimi: \_\_\_\_\_

Perekonnanimi: \_\_\_\_\_

Isikukood/sünniaeg: \_\_\_\_\_

Vanus: \_\_\_\_\_

Sugu:  M  N

PATSIENDI NIMEKLEEPS

### TELLIJA

Arst: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Arsti kood: \_\_\_\_\_

Osakond/asutus: \_\_\_\_\_

Kuupäev: \_\_\_\_\_

Allkiri: \_\_\_\_\_

### Patsiendi meelespea!

Proovi andmisekoht ja  
aeg: I korrus, labori  
registratuur K125  
PROOVIMATERJALIDE  
VASTUVÕTT,  
tööpäeviti 7.30-15.00  
Proov tuua soovitatavalt  
hommikul.

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

#### URIIN

hommikune (keskjoa)

juhuslik (keskjoa)

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: \_\_\_\_\_