

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Datum in ura odvzema: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

Žig zdravnika: \_\_\_\_\_

Naslov za izvid: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta\*: \_\_\_\_\_

\* S podpisom soglašam, da v skladu z GDPR uredbo dovoljujem obdelavo in shranjevanje podatkov.

## Osnovne preiskave

- Hemogram
- Lipidogram
- Hepatogram
- Ledvični test
- Glukoza
- Železo
- OGTT - nosečnice
- Feritin
- SR, CRP

## Imunološke preiskave

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> TSH                 | <input type="checkbox"/> Progesteron            | <input type="checkbox"/> SHBG                   |
| <input type="checkbox"/> T3 prosti           | <input type="checkbox"/> Estradiol              | <input type="checkbox"/> Ca 125                 |
| <input type="checkbox"/> T4 prosti           | <input type="checkbox"/> Testosteron            | <input type="checkbox"/> Ca 15-3                |
| <input type="checkbox"/> anti TPO, anti Tg   | <input type="checkbox"/> DHEA-s                 | <input type="checkbox"/> PSA                    |
| <input type="checkbox"/> FSH                 | <input type="checkbox"/> Kortizol               | <input type="checkbox"/> Alergija IgE _____     |
| <input type="checkbox"/> LH                  | <input type="checkbox"/> Anti Muellerjev hormon | <input type="checkbox"/> Intoleranca IgG4 _____ |
| <input type="checkbox"/> Prolaktin           | <input type="checkbox"/> Folna kislina          | <input type="checkbox"/> Kalprotektin           |
| <input type="checkbox"/> Prolaktin ritem     | <input type="checkbox"/> Vitamin B12            | <input type="checkbox"/> _____                  |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D celokupni | <input type="checkbox"/> B hcg                  | <input type="checkbox"/> _____                  |

