



ПОРЪЧКА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ

ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ВИТАМИН Д СТАТУС С КОНСУЛТАЦИЯ И ПРЕПОРЪКА

От Лекар:		Пациент:												
			/име, презиме, фамилия/											
Отделение:		Шифър:		ЕГН										
Здравно заведение:		Пол:	М ☐ Ж ☐ Ръст(см): Тегло(кг):											

Попълнете вземане на материал: Дата: _____ Час: _____ Взел: _____

Основание за изследване:			
☐ Нативен контрол	☐ Терапевтичен контрол	☐ Токсичност	☐ Друго:
Диагноза:			
Приемани лекарства:			
Прием на витамин Д: Не ☐ Да ☐ Доза:		От дата:	

Попълва се от лабораторията:

Прием на материал: Дата: _____ Час: _____ Приел: _____

Метод : Течна хроматография с тандем масспектрометрична детекция и изотопно разреждане (ID LC-MSMS)

Показател	Резултат	Единици	Оценка
25-Хидроксивитамин Д ₃		nmol/L	☐ Дефицит (<25)
25-Хидроксивитамин Д ₂		nmol/L	☐ Изразена недостатъчност (25-49)
			☐ Лека недостатъчност (50-79)
Общ 25-Хидроксивитамин Д		nmol/L	☐ Достатъчност (80-250)

Дата на изследване: _____

Коментар и препоръки:

Изследвал: _____

Началник лаборатория: _____