

■■■ Wichtig - Externe Qualitätskontrolle!
Important - Contrôle de qualité externe!

Bitte faxen Sie dieses Formular umgehend an das entsprechende Qualitätskontrollzentrum. Vielen Dank.

S.v.p. veuillez retourner ce formulaire par fax à votre Centre de contrôle qualité. Merci.

MQ Zürich
CSCQ

Fax 044 261 12 83
Fax 022 305 52 38

Wir arbeiten neu ab sofort mit / Nouveau nous travaillons à présent avec:

Klinische Chemie nass
 Chimie clinique liquide

Hitachi S40/M40



		Parameter / Paramètres
Enzyme	<input type="checkbox"/>	ALP
Enzymes	<input type="checkbox"/>	AMYL
	<input type="checkbox"/>	CK
	<input type="checkbox"/>	GGT
	<input type="checkbox"/>	GOT/AST
	<input type="checkbox"/>	GPT/ALT
	<input type="checkbox"/>	LDH
Substrate	<input type="checkbox"/>	ALB
Substrats	<input type="checkbox"/>	BILI
	<input type="checkbox"/>	BUN/HST
	<input type="checkbox"/>	CA
	<input type="checkbox"/>	CHOL
	<input type="checkbox"/>	CREA
	<input type="checkbox"/>	GLU
	<input type="checkbox"/>	HDL
	<input type="checkbox"/>	PHOS
	<input type="checkbox"/>	LDL
	<input type="checkbox"/>	TRIG
	<input type="checkbox"/>	TP
	<input type="checkbox"/>	UA
Proteine	<input type="checkbox"/>	CRP
Protéines	<input type="checkbox"/>	HbA1c
Elektrolyte	<input type="checkbox"/>	CL
Electrolytes	<input type="checkbox"/>	K
	<input type="checkbox"/>	NA

Dieses Formular finden Sie auch auf unserer Website www.axonlab.ch unter Services - Downloads.
 Vous trouverez ce formulaire également sur notre Website sous www.axonlab.ch, sous service - downloads.

Stempel Praxis / Klinik:
 Tampon Cachet du Cabinet / de la Clinique:

Teilnehmer Nr.
 Participant no.

Unterschrift
 Signature

Ort / Datum
 Lieu / Date