

Place label here if available

## Laboratory Outpatient Downtime Form

Patient Name (LAST, FIRST, M.I.)			Date of Birth		Fasting <i>Yes / No</i>	Collection Date & Time	Collected By
Mailing Address			City	State	Zip	Insurance & ID Number	___ Call ___ Fax Results to:
Phone Number	Sex <i>M / F</i>	Race	Medical Record Number		Subscriber	Relationship To Insured: ___ Self ___ Spouse ___ Child	
Diagnosis Code (ICD 10)			Date		Ordering Physician's Signature		

For Lab	Blood Cult	___	Lt. Blue	___	Red	___	SST	___	PST	___	Green	___	Lav	___	Pink	___	Gray	___	ACD	___	RECEIVED BY: _____
Use Only	Urine	___	Stool	___	Sputum	___	Fluid	___	Tissue	___	Other	___	Total:	___	DATE & TIME: _____						

<p><b>PANELS:</b></p> <p>___ Basic Metabolic Panel</p> <p>___ Comp Metabolic Panel</p> <p>___ Drug Screen, 11 Panel</p> <p>___ Electrolyte Panel</p> <p>___ Hepatic Function Panel</p> <p>___ Hepatitis B Panel</p> <p>___ Hepatitis Exposure Panel</p> <p>___ Hepatitis Panel Acute</p> <p>___ HIV 1+2 Ab/Ag, Screen</p> <p>___ Lipid Panel</p> <p>___ Renal Function Panel</p> <p>___ Trauma Panel</p> <p><b>CHEMISTRY:</b></p> <p>___ Acetaminophen</p> <p>___ Ammonia</p> <p>___ Amylase</p> <p>___ BNP</p> <p>___ BUN</p> <p>___ High Sensivity CRP</p> <p>___ C-Reactive Protein</p> <p>___ Cortisol</p> <p>___ CO2 Content</p> <p>___ CPK Total</p> <p>___ Ethanol Blood</p> <p>___ Ferritin</p> <p>___ Folate</p> <p>___ Folate RBC</p> <p>___ FSH</p> <p>___ Glucose Random</p> <p>___ Gentamicin Random</p> <p>___ Gentamicin Trough</p> <p>___ Gentamicin Peak</p> <p>___ HIV 1/2 Ab Rapid</p> <p>___ HCG, Quantitative Blood</p> <p>___ IgA</p> <p>___ IgG</p> <p>___ IgM</p> <p>___ Insulin, Total</p> <p>___ Iron</p> <p>___ Total Iron Binding Capacity</p> <p>___ Lactic Acid</p> <p>___ Lipase</p> <p>___ Luteinizing Hormone</p> <p>___ Magnesium</p> <p>___ Osmolarity Serum</p> <p>___ Osmolarity Urine</p>	<p>___ Phosphorous</p> <p>___ PreAlbumin</p> <p>___ Pregnancy (HCG) Qualitative, S</p> <p>___ Procalcitonin</p> <p>___ Prolactin</p> <p>___ Protein Total</p> <p>___ PSA Total, Screen</p> <p>___ PSA Total and Free</p> <p>___ PSA, Free</p> <p>___ PTH Intact</p> <p>___ Rheumatoid Factor</p> <p>___ Rubella Antibody IGG</p> <p>___ Salicylate</p> <p>___ Sex Hormone Binding Globulin</p> <p>___ T3</p> <p>___ T3 Free</p> <p>___ T4</p> <p>___ T4 Free</p> <p>___ Testosterone</p> <p>___ Testosterone Total Free</p> <p>___ Troponin I</p> <p>___ Thyroid Stimulating Hormone</p> <p>___ Uric Acid</p> <p>___ Creatinine Random Urine</p> <p>___ Creatinine Clearance</p> <p>___ Creatinine, Urine, 24 Hour</p> <p>___ Microalbumin Random Urine</p> <p>___ Microalbumin 24hr Urine</p> <p>___ Microalbumin/Creatinine</p> <p>___ Protein Random Urine</p> <p>___ Protein 24 Hour Urine</p> <p>___ Protein/Creatinine Ratio, Urine</p> <p>___ Valproic Acid Total</p> <p>___ Vancomycin Random</p> <p>___ Vancomycin Trough</p> <p>___ Vitamin B12</p> <p>___ Vitamine B12 &amp; Folate</p> <p>___ Vitamin D, 25-Hydroxy</p> <p><b>HEMATOLOGY:</b></p> <p>___ CBC w/ Auto Differential</p> <p>___ CBC (Hemogram)</p> <p>___ Hemoglobin</p> <p>___ Hemoglobin A1C</p> <p>___ Hematocrit</p> <p>___ Platelet Count</p> <p>___ Reticulocyte Count</p> <p>___ Sedimentation Rate, Automated</p>	<p><b>COAGULATION:</b></p> <p>___ D-Dimer</p> <p>___ Fibrinogen</p> <p>___ Heparin Anti-Xa Unfractionated</p> <p>___ Heparin-Induced Platelet Antibody</p> <p>___ PT (On Anticoagulant Therapy)</p> <p>___ Protime (No Therapy or Unknown)</p> <p>___ PTT (On Anticoagulant Therapy)</p> <p>___ PTT (No Therapy or Unknown)</p> <p><b>URINALYSIS:</b></p> <p>___ Complete Urinalysis</p> <p>___ Comp UA with C &amp; S if Indicated</p> <p>___ OC Light Fit-CHECK, iFOB, Screen</p> <p>___ OC Light Fit-CHECK, iFOB, Diagnostic</p> <p>___ Pregnancy Qualitative, Urine</p> <p>___ Urinalysis (without Microscopic)</p> <p>___ Urinalysis with Culture if Indicated</p> <p><b>SPECIAL CHEMISTRY:</b></p> <p>___ Lyme Disease Ab, IgG</p> <p>___ Lyme Disease Ab, IgM</p> <p>___ Lyme Disease, Western Blot</p> <p>___ Mumps IgG Antibody</p> <p>___ QuantiFERON TB Gold Plus</p> <p>___ Rapid Plasma Reagin (RPR)</p> <p>___ Rubeloa (Measles) IgG</p> <p>___ Treponema Pallidum (Syphilis)</p> <p><b>MICROBIOLOGY:</b></p> <p>___ Culture and Sensitivity (<i>encircle one</i>)</p> <p><i>AFB, Anaerobic, Blood, BronchWash, CSF, Ear, Eye, Genital, Fluid, Fungus, Sputum, Urine, Wound</i></p> <p><b>SOURCE:</b> _____</p> <p>___ Urine Legionella/Strep Pneumo</p> <p>___ Giardia and Cryptosporidium Ag</p> <p>___ H Pylori Antigen Stool</p> <p>___ Lactoferrin, Fecal</p> <p>___ C. Difficile, Amplified PCR</p> <p>___ Strep A, PCR</p> <p>___ Genital Strep B PCR</p> <p>___ MRSA Nasal PCR</p> <p>___ Respiratory Panel, PCR w/SARS Co-V-2</p> <p>___ SARS-COV2/FLU A+ B/RSV Combo Test</p> <p>___ Womens Health Panel</p> <p>___ CT/GC Amplified DNA Assay</p> <p>___ Trichomonas vaginalis, NAAT</p> <p>___ Gastrointestinal (GI) Panel</p> <p>___ Meningitis/Encephalitis Pathogen Panel</p>	<p><b>BLOODBANK:</b></p> <p>___ Type and Screen</p> <p>___ ABD2 (2nd) Confirmation Type</p> <p>___ Antibody Screen</p> <p>___ Antibody Identification</p> <p>___ DAT (Dir. Antiglobulin Test)</p> <p>___ TEG</p> <p>___ TEG Trauma</p> <p>___ TEG Platelet Mapping</p> <p><b>PATHOLOGY</b></p> <p>___ Surgical Pathology</p> <p><b>SOURCE:</b> _____</p> <p><b>DESCRIPTION:</b> _____</p> <p>___ Non-Gynecologic Cytology</p> <p><b>SOURCE:</b> _____</p> <p>___ Pap Mono Layer Test (Pap Smear)</p> <p><b>SOURCE:</b> (<i>check one</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Cervical/Endocervical</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginal</p> <p><b>Menstrual History</b> (<i>check one</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> LMP (Date: _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Postpartum</p> <p><input type="checkbox"/> Hysterectomy</p> <p><input type="checkbox"/> Postmenopausal</p> <p><b>Contraceptives</b> (<i>check one</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Intrauterine Device (IUD)</p> <p><input type="checkbox"/> Depo-Provera (shot)</p> <p><input type="checkbox"/> Oral contraceptives</p> <p><b>HPV Testing</b> (<i>check one</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Regardless</p> <p><input type="checkbox"/> Reflex</p> <p><input type="checkbox"/> None</p> <p><b>ADDITIONAL TESTING:</b></p>
---	--	---	---