**Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy na terenie garnizonu Hrubieszów:**

|  |
| --- |
| **Badania laboratoryjne** |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena badania** |
| 1. | Morfologia  | szt. | 1 |  |
| 2. | OB | szt. | 1 |  |
| 3. | Glukoza | szt. | 1 |  |
| 4. | Cholesterol | szt. | 1 |  |
| 5. | LDL | szt. | 1 |  |
| 6. | HDL | szt. | 1 |  |
| 7. | Trójglicerydy | szt. | 1 |  |
| 8. | ASPAT | szt. | 1 |  |
| 9. | ALAT | szt. | 1 |  |
| 10. | VDRL | szt. | 1 |  |
| 11. | Elektrolity | szt. | 1 |  |
| 12. | Mocznik | szt. | 1 |  |
| 13. | Kreatynina | szt. | 1 |  |
| 14. | Kał na nosicielstwo x 3 próby | szt. | 1 |  |
| 15. | Mocz badanie ogólne | szt. | 1 |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Badania dodatkowe** |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena badania** |
| 1. | RTG klatki piersiowej +opis | szt. | 1 |  |
| 2. | EKG + opis | szt. | 1 |  |
| 3. | Audiogram | szt. | 1 |  |
| 4. | Spirometria | szt. | 1 |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |
|  |  |  |  |  |
| **Konsultacje specjalistyczne** |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Jm.** | **Ilość** | **Cena badania** |
| 1. | Konsultacja okulistyczna | szt. | 1 |  |
| 2. | Konsultacja laryngologiczna | szt. | 1 |  |
| 3. | Konsultacja dermatologiczna | szt. | 1 |  |
| 4. | Konsultacja kardiologiczna | szt. | 1 |  |
| 5. | Konsultacja psychologiczna | szt. | 1 |  |
| 6. | Konsultacja neurologiczna | szt. | 1 |  |
| 7. | Badanie lekarza medycyny pracy-badanie wstępne, okresowe, kontrolne- zakończone wystawieniem orzeczenia | szt. | 1 |  |
| 8. | Badanie lekarza uprawnionego do przeprowadzenia badań w zakresie pracy przy narażeniu na mikrofale + wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |
| 9. | Badanie lekarskie do celów sanitarno- epidemiologicznych+ wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |
| 10. | Badanie kierowców (konsultacje specjalistyczne) + wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |
| 11. | Badanie pracowników ochrony (konsultacje specjalistyczne) + wydanie orzeczenia | szt. | 1 |  |
|  |  |  | **RAZEM:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ilość dni w tygodniu, w których będzie dostępny lekarz orzecznik** |   |