

Patient Name: _____		Payment Method: <input type="checkbox"/> On Account <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Medical Card <input type="checkbox"/> Others: _____	
H.K.I.D.: _____	DOB: _____	<input type="checkbox"/> **URGENT**	
Gender Age : _____	Ref No.: _____	<input type="checkbox"/> Send to Clinic <input type="checkbox"/> Fax / Email to: _____	
Contact No. : _____		Fasting _____ hours	
Clinical Information / Diagnosis: _____		Referring DR. Chop & Signature: _____	

<p>BIOCHEMISTRY</p> <input type="checkbox"/> HbA1C <input type="checkbox"/> Glucose (<input type="checkbox"/> fasting / <input type="checkbox"/> random) <input type="checkbox"/> Oral Glucose Tolerance Test (75g) Fasting & 1 hour/2 hours ☐ Liver Function Test (P01) <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> T. Billi <input type="checkbox"/> T. Protein <input type="checkbox"/> ALB <input type="checkbox"/> GLOB <input type="checkbox"/> A/G <input type="checkbox"/> Bilirubin (<input type="checkbox"/> Direct / <input type="checkbox"/> Indirect) ☐ Renal Function Test (P02) <input type="checkbox"/> Creatinine <input type="checkbox"/> Urea <input type="checkbox"/> Uric Acid <input type="checkbox"/> eGFR <input type="checkbox"/> K ⁺ <input type="checkbox"/> Na ⁺ <input type="checkbox"/> Cl ⁻ <input type="checkbox"/> HCO ₃ ⁻ ☐ Lipid Profile Test (P11) <input type="checkbox"/> Total Cholesterol <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> LDL(Direct) <input type="checkbox"/> Triglycerides <input type="checkbox"/> VLDL <input type="checkbox"/> CHOL/HDL ☐ Cardiac Enzyme (CENZ) <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> CKMB <input type="checkbox"/> Troponin-I <input type="checkbox"/> NT - proBNP <input type="checkbox"/> D-Dimer <input type="checkbox"/> hsCRP ☐ Electrolytes (ELECT) <input type="checkbox"/> Na ⁺ <input type="checkbox"/> K ⁺ <input type="checkbox"/> Cl ⁻ <input type="checkbox"/> HCO ₃ ⁻ ☐ Iron Metabolism Study (P30) <input type="checkbox"/> Iron <input type="checkbox"/> TIBC <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Calcium, Ionized <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Phosphorus, Inorganic <input type="checkbox"/> Apolipoprotein A1 <input type="checkbox"/> Apolipoprotein B <input type="checkbox"/> ApoA1/ApoB ratio <input type="checkbox"/> Lipoprotein(a) <input type="checkbox"/> Folate, Serum <input type="checkbox"/> Folate, RBC <input type="checkbox"/> Vitamin D, 25-OH total <input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> C-Peptide <input type="checkbox"/> Homocysteine <input type="checkbox"/> Ceruloplasmin <input type="checkbox"/> CRP	<p>HAEMATOLOGY</p> <input type="checkbox"/> Blood Group & Rh (D) Factor <input type="checkbox"/> CBC / <input type="checkbox"/> CBP (with Smear) <input type="checkbox"/> ESR <input type="checkbox"/> Haemoglobin Pattern (By HPLC) <input type="checkbox"/> Reticulocyte Count <input type="checkbox"/> Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) <input type="checkbox"/> Prothrombin Time (PT) & INR MOLECULAR TEST <input type="checkbox"/> CT/ GC DNA <input type="checkbox"/> GENTB (MTB DNA & Rifampin Resistance) <input type="checkbox"/> Norovirus PCR <input type="checkbox"/> Gastrointestinal PCR Panel (Stool) <input type="checkbox"/> Respiratory PCR Panel <input type="checkbox"/> STD9 types <input type="checkbox"/> UTD9 types <input type="checkbox"/> HPV DNA ALLERGY TEST <input type="checkbox"/> Atopy <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Pediatric Inhalation Profile <input type="checkbox"/> Pediatric Atopy Profile <input type="checkbox"/> IgE, Total THYROID FUNCTION <input type="checkbox"/> Thyroid Function <input type="checkbox"/> I (P08) / <input type="checkbox"/> II (P09) <input type="checkbox"/> Free Thyroid Function Test (P10) <input type="checkbox"/> FT3 <input type="checkbox"/> FT4 <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> T3 Uptake <input type="checkbox"/> FTI <input type="checkbox"/> Thyroglobulin <input type="checkbox"/> Anti-TG <input type="checkbox"/> Anti-TPO <input type="checkbox"/> Thyrotropin Receptor Antibody (TRA)	<p>SEROLOGY</p> <input type="checkbox"/> QuantiFERON-TB Gold <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori IgG <input type="checkbox"/> Measles (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> Varicella (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> Rubella (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> H.S.V. (I) (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> H.S.V. (II) (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> HIV-1&2 Ab / P24 Ag Combo <input type="checkbox"/> Syphilis antibody (TPAb) <input type="checkbox"/> RPR / VDRL <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> F.T.A. <input type="checkbox"/> ASOT HEPATITIS <input type="checkbox"/> HAVAb (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> HBsAb <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBeAb <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> HBcAb (<input type="checkbox"/> IgG / <input type="checkbox"/> IgM) <input type="checkbox"/> HBVDNA (Quantitative) <input type="checkbox"/> HCVAb <input type="checkbox"/> HCV RNA IMMUNOLOGY <input type="checkbox"/> Rheumatoid Factor (Quantitative) <input type="checkbox"/> Anti-CCP <input type="checkbox"/> Anti-dsDNA <input type="checkbox"/> ANF <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> AMA <input type="checkbox"/> ANCA <input type="checkbox"/> Anti-ENA <input type="checkbox"/> C3 <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> hs CRP <input type="checkbox"/> IL-6	<p>URINE CHEMISTRY</p> <input type="checkbox"/> Calcium / <input type="checkbox"/> Sodium / <input type="checkbox"/> Potassium / <input type="checkbox"/> Protein (<input type="checkbox"/> Random / <input type="checkbox"/> 24hr) <input type="checkbox"/> Urine Microalbumin (<input type="checkbox"/> Random / <input type="checkbox"/> 24hr) <input type="checkbox"/> Microalbumin / <input type="checkbox"/> Creatinine Ratio (<input type="checkbox"/> Random / <input type="checkbox"/> 24hr) <input type="checkbox"/> Protein / <input type="checkbox"/> Creatinine Ratio (<input type="checkbox"/> Random / <input type="checkbox"/> 24hr) <input type="checkbox"/> Creatinine Clearance Ratio Ht: _____ cm Wt: _____ kg <input type="checkbox"/> Catecholamine Fractionated (24hr) <input type="checkbox"/> VMA MICROBIOLOGY <input type="checkbox"/> Bacterial Culture / Sensitivity Specimen: _____ <input type="checkbox"/> Smear Specimen: _____ AFB: <input type="checkbox"/> Smear / <input type="checkbox"/> Culture Fungus: <input type="checkbox"/> Smear / <input type="checkbox"/> Culture T & M: <input type="checkbox"/> Smear / <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> C13 Urea Breath Test <input type="checkbox"/> Semen Analysis <input type="checkbox"/> Stool Routine <input type="checkbox"/> Stool for Occult Blood (FIT) <input type="checkbox"/> Stool for Helicobacter pylori Antigen <input type="checkbox"/> Calprotectin (<input type="checkbox"/> Qualitative / <input type="checkbox"/> Quantitative) <input type="checkbox"/> Procalcitonin (PCT) (Quantitative) <input type="checkbox"/> Urinalysis <input type="checkbox"/> Pregnancy Test (Urine-EIA) <input type="checkbox"/> Nicotine (Cotinine), Urine
<p>HISTOLOGY</p> <input type="checkbox"/> Biopsy <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Cytology <input type="checkbox"/> Thin Prep (LMP: _____)		<p>PROFILES</p> <input type="checkbox"/> Anemia profile (P24) <input type="checkbox"/> Antenatal Profile (P04) <input type="checkbox"/> Cancer Marker Full Profile <input type="checkbox"/> M (P21) / <input type="checkbox"/> F (P22) <input type="checkbox"/> Cancer Markers (Digestive) (P23N) <input type="checkbox"/> Arthritis Profile (<input type="checkbox"/> P25A / <input type="checkbox"/> P25B) <input type="checkbox"/> Diabetic Monitoring (P27) <input type="checkbox"/> Fertility Test Profile (Full) (P07) <input type="checkbox"/> Hypertension Profile (P28) <input type="checkbox"/> HBV Vaccine Profile (P13) <input type="checkbox"/> HAV + HBV Vaccine Profile (P14) <input type="checkbox"/> HBV Carrier Follow up Profile (P16) <input type="checkbox"/> Acute Hepatitis Group (P15) <input type="checkbox"/> Pre-Marital Checkup <input type="checkbox"/> M (P05) / <input type="checkbox"/> F (P06) <input type="checkbox"/> STD Profile <input type="checkbox"/> I (P19) / <input type="checkbox"/> II (P20)	
		<p>PROFILES / OTHER TESTS</p>	

<p>SPECIMEN <input type="checkbox"/> Plain <input type="checkbox"/> Plain (Non-Gel) <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Fluoride <input type="checkbox"/> Citrate <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Stool <input type="checkbox"/> Swab (_____) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Nail <input type="checkbox"/> Thin Prep <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> Biopsy <input type="checkbox"/> Others: _____</p>
<p>Specimen Collection Time & Date: _____ Collected By: _____ Signature: _____</p>

Specimen Collection Time 最佳樣本收集時間

Monday–Friday 星期一至五

9:00am – 12:00pm
2:00pm – 4:00pm

Saturday 星期六

9:00am – 12:00pm
2:00pm – 2:30pm

Sunday & Public Holiday 星期日及公眾假期

Closed 休息

More details 更多詳情

☎ www.procaremedical.com.hk



Central 中環

☎ 3700 8722 ☎ 3700 8723

📍 2/F, One Chinachem Central,
22 Des Voeux Road Central, Central
(Central MTR Station Exit C)

中環德輔道中22號華懋中心1期2樓全層
(港鐵中環站C出口)



Casueway Bay 銅鑼灣

☎ 2577 9313 ☎ 2577 9226

📍 26/F, Lee Garden Two,
28 Yun Ping Road, Causeway Bay
(Causeway Bay MTR Station Exit F1)

銅鑼灣恩平道28號利園二期26樓
(港鐵銅鑼灣站F1出口)



Tsim Sha Tsui 尖沙咀

☎ 3974 3838 ☎ 3974 3888

📍 2/F, 26 Nathan Road, Tsim Sha Tsui
(Tsim Sha Tsui MTR Station Exit E)

尖沙咀彌敦道26號2樓全層
(港鐵尖沙咀站E出口)



Jordan 佐敦

☎ 2372 9622 ☎ 2372 9722

📍 Room 1507–11, 15/F, 238 Nathan Road,
Jordan (Jordan MTR Station Exit E)

佐敦彌敦道238號15樓1507–11室
(港鐵佐敦站E出口)



測試要求及樣本收集指引

Specimen collection (for clinics) 樣本收集 (診所專用)

☎ 3529 1983 / ☎ 3529 1981

1 空腹血液測試要求

- 病人需要空腹八至十二小時或以上。
- 空腹指不能進食任何食物或飲料 (清水除外)。
- 若非醫生指示, 藥物可繼續服用。
- 不可咀嚼口香糖 (包括無糖香口珠, 香口膠, 口香糖)。
- 吸煙及劇烈運動會影響測試結果, 抽血前應盡量避免。
- 請盡快將樣本儲存於4°C雪櫃內。

2 中段小便收集指引 (小便常規測試)

- 收集樣本前應讓膀胱有充滿的感覺。
- 收集樣本前請先清潔小便處。
- 先讓頭段小便流走, 再收集中段小便於樣本瓶內, 最後一段小便亦應該流走。
- 小心把瓶蓋緊緊地擰上樣本容器。
- 樣本於收集後應盡快放入4°C雪櫃內。

注意: 女士切勿於月事期間收集尿液樣本。

3 二十四小時小便樣本收集指引

- 請於化驗室或診所拿取採樣容器, 並清楚核對做檢驗者的個人資料。
- 早上起床後 (如9am), 棄置第一次小便, 之後開始計時, 至第二日同一時間止, 所有小便留在同一採樣容器內。
- 在整個過程中, 小便樣本須存放在雪櫃內。
- 因應測試而添加不同防腐劑 (例如強酸), 採樣過程中請小心處理容器, 以防灼傷。
- 請盡快將收集完的樣本交回化驗室。

4 兒茶酚胺 Catecholamines (二十四小時小便)

二十四小時小便樣本收集方法請參照第3部分。

注意: 收集樣本前三天及收集樣本期間, 不可飲用酒精飲品、咖啡及茶。不可吸煙也不可進行劇烈運動。

5 葡萄糖耐量測試程序

測試前, 請先與化驗室人員預約。測試前八至十二小時須空腹。(即除清水外, 不能進食及飲用其他飲料。)

6 大便樣本收集指引

- 大便樣本應收集在由化驗室或診所提供的樣本瓶內。
- 大便樣本不應有小便污染, 而份量應覆蓋瓶內底部。
- 如醫生要求多個樣本, 樣本不可在同一日內收集。
- 如醫生要求作培養細菌試驗, 大便樣本應於一小時內送往化驗室。
- 自動產生的描述如只作常規試驗, 亦應盡快把樣本送往化驗室, 如未能即日送往化驗室, 可把樣本放於4°C雪櫃內。

7 大便隱血測試樣本收集指引

- 三個大便樣本應分三日收集, 不可在同一日內收集。
- 請於樣本瓶外寫上病人資料及收集日期。

*飲食指引: 測試前二十四小時內勿進食含高鐵質食物, 如紅肉及動物內臟。部份藥物如阿司匹林可能會引致腸胃輕微出血, 停用前請與醫生聯絡。

8 痰液樣本收集指引

最理想的樣本是早上起床後第一口痰。如醫生要求多於一個痰液樣本化驗, 痰液樣本則不能在同一天內收集。

- 正確收集樣本程序:
- 將樣本瓶子從袋中取出, 手只可接觸瓶外側, 以免污染瓶身內側。
 - 用手打開瓶蓋, 用力將痰咳出, 並直接將痰慢慢吐進瓶內然後把蓋蓋上。
 - 把已經盛有樣本的瓶子放回樣本袋中。
 - 盡快將樣本交回化驗室。如未能即時交回, 請將樣本放進4°C雪櫃內。

注意: 為確保測試精確度, 請盡量不要收集唾液作樣本。

9 精液常規檢查樣本要求

- 樣本必須在禁欲二至七日內收集。
- 樣本必須收集在所提供的已消毒的膠容容器內。
- 請盡快將收集後的樣本於一小時內交回本化驗室, 而運送途中必須保存在20°C至40°C之間。
- 請在盛有樣本的膠容器上註明採集時間。

10 幽門螺旋菌吹氣測試

病人接受幽門螺旋菌吹氣測試前, 需停止以下藥物:

- 測試前4星期: 一切抗生素治療或服用Bismuth (例如 Denol)
- 測試前2星期: 停止服用質子泵抑制劑藥物 (例如 Losec, Zoton, and Somac)
- 測試前72小時: H2受體拮抗劑 (例如 Zantac, Ranitidine and Tagamet)
- 測試當天: 必須禁食至少6小時 (禁食物或飲料); 2小時測試前或測試中必須嚴禁吸煙