

Collection Data Form

采集数据表

Patient Information Complete form and return it with your sample(s).

患者信息 请填写本表并随样本一并返还。

Last Name: 姓氏:	First Name: 名字:	MI: 中间名首字母缩写:	
Date of Birth: 出生日期:	Gender (circle one): 性别 (圈选一项):	Male 男 Female 女	
Height: 身高:	ft 英尺 in 英寸 or 或 cm 厘米	Weight: 体重:	lbs 磅 or 或 kg 公斤

If you were given a paper test requisition/lab order, please return it with your sample(s) to ensure testing is completed.
如果您收到了纸质版检测申请表/化验单, 请将其与您的样本一并返还, 以确保检测顺利完成。

Collection 1 (required) 采集 1 (必填)

Flush Time = Start Time
排尿时间 = 开始时间

Start Time:
开始时间: _____ am

Stop Time:
结束时间: _____ am

Date Collection Ended:
采集结束日期: _____

Total Volume:*
总量: * _____ ml

*Total Volume equals amount of urine in orange jug.
*总量等于橙色尿壶中的尿流量。

Collection 2 (if performed) 采集 2 (如进行)

Collection 2 Start Time MUST MATCH Collection 1 Stop Time.
采集 2 的开始时间必须与采集 1 的结束时间一致。

Start Time:
开始时间: _____ am

Stop Time:
结束时间: _____ am

Date Collection Ended:
采集结束日期: _____

Total Volume:*
总量: * _____ ml

Medical Information 医疗信息

Have you ever been diagnosed with either of these conditions? 您是否曾被诊断患有以下任何一种疾病?

Crohn's Disease 克罗恩病 Ulcerative Colitis 溃疡性结肠炎 Date diagnosed 诊断日期 ____/____/____

Have you been placed on either diet for the treatment of kidney stones? 您是否曾因治疗肾结石被安排采用以下任何一种饮食?

Low Sodium Diet 低钠饮食 地中海饮食 Date started 开始日期 ____/____/____ Low Fat Diet 低脂肪饮食 Date started 开始日期 ____/____/____

Have you ever had any of the surgeries listed below? 您是否曾经接受过以下任何一种手术?

Colectomy 结肠切除术 Date 日期 ____/____/____ Ileostomy 回肠造口术 Date 日期 ____/____/____ Small bowel resection 小肠切除术 Date 日期 ____/____/____ Gastric bypass 胃旁路术 Date 日期 ____/____/____

Medications/supplements you are taking for the treatment of kidney stones: 您正服用的用于治疗肾结石的药物/补充剂:

Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:
Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:



仅供徕博科使用。

Medical Information (continued) 医疗信息 (续)

Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:
Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:
Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:
Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:
Name: 名称:	Started: 开始时间:	Ended: 结束时间:

Primary Insurance Information Please send a photocopy of your insurance card.

主要保险信息 请寄送一份您的保险卡复印件

Insurance Plan Name 保险计划名称	Phone Number: 电话号码:	
Policy, Subscriber or Membership Number: 保单号、订购号或会员号:	Group Number or Plan Code Number: 团体号或计划代码:	
Insurance Company Address for Claim Submission: 保险公司理赔地址:		
City: 城市:	State: 州:	Zip Code: 邮政编码:

Complete this section only if you are covered by insurance under someone else's policy.

仅当您在他人保单项下投保时才需填写此部分。

Last Name: 姓氏:	First Name: 名字:	Date of Birth: 出生日期:		
Your relationship to the Primary Insured (circle one): 您与主被保险人的关系 (圈选一项):	Self 本人	Spouse 配偶	Child 子女	Other 其他

Secondary Insurance Information Complete this section only if you have additional insurance.

次级保险信息 如果您有附加保险, 请填写此部分

Last Name: 姓氏:	First Name: 名字:	Date of Birth: 出生日期:		
Your relationship to the Primary Insured (circle one): 您与主被保险人的关系 (圈选一项):	Self 本人	Spouse 配偶	Child 子女	Other 其他
Insurance Plan Name 保险计划名称	Phone Number: 电话号码:			
Policy, Subscriber or Membership Number: 保单号、订购号或会员号:	Group Number or Plan Code Number: 团体号或计划代码:			
Insurance Company Address for Claim Submission: 保险公司理赔地址:				
City: 城市:	State: 州:	Zip Code: 邮政编码:		

Return this form with your completed Litholink urine sample.

请将此表与您采集好的 Litholink 尿液样本一并返还。



litholink.labcorp.com
800-338-4333 (星期一至星期五, 上午 7:00 至下午 7:00 美国中部标准时间 [CT])