

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|-------------------|---|------------|------------------------|-----------|--|
| Наименование направляющего учреждения | | | | | Код направляющего учреждения | | | | |
| Фамилия пациента | | | | | Имя пациента | | | | |
| Отчество пациента | | | | | Пол пациента | | Дата рождения пациента | | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский | | ДД - ММ - ГГГГ | | |
| Контактный телефон пациента | | Беременность | | Срок беременности | | День цикла | | Менопауза | |
| | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | Неделя | | лет | | ЧЧ - ММ | |
| Диагноз | | | | | Код по МКБ-10 | | Дата взятия образца | | |
| | | | | | | | ДД - ММ - 202Г | | |
| Фамилия врача | | | | | И.О. врача | | Код пациента | | |
| | | | | | | | | | |

Все поля направительного бланка обязательны для заполнения, информация вносится с документа, удостоверяющего личность. Фамилия, Имя, Отчество пациента указываются полностью. Пробы, сопровождающиеся частично заполненным направительным бланком, в работу не принимаются.


Данные заграничного паспорта (все поля заполняются на английском языке)

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|
| Surname (Фамилия) | | | | | Given names (Имя) | | | | |
| Passport No (номер заграничного паспорта) | | | | | Nationality (гражданство) | | | | |
| Authority (орган, выдавший документ) | | | | | Date of issue (дата выдачи заграничного паспорта) | | ДД - ММ - 20ГГ | | |
| | | | | | Date of expiry (срок окончания действия загранич.паспорта) | | ДД - ММ - 20ГГ | | |

Паспортные данные (в соответствии с гражданством):

| | | | | |
|---|-------|----------------|--|----------------|
| Серия | Номер | Кем выдан | Дата выдачи | |
| | | | ДД - ММ - ГГГГ | |
| Адрес регистрации пациента. Страна (гражданство) | | | Город, поселок | |
| Улица | | | Дом | Корп./Стр. Кв. |
| Адрес фактического проживания совпадает с адресом регистрации | | | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | |
| Адрес фактического проживания (указать в случае отличия от Адреса регистрации пациента) | | | | |
| Страна | | Город, поселок | | |
| Улица | | Дом | Корп./Стр. | Кв. |

| | | | | |
|--|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Место работы/учебы пациента (подчеркнуть нужное) | | | Должность пациента | |
| Адрес работы/учебы пациента (подчеркнуть нужное) | | | Рабочий телефон пациента | |
| Поездки за границу/субъектам РФ (указать Страну, Город, Район откуда прибыл пациент) | | | | |
| Дата прибытия в РФ | | Каким видом транспорта прибыл (номер поезда/рейс самолета/судна/автомашины) | | |
| ДД - ММ - 202Г | | | | |
| Наличие контакта с больными COVID-19/ОРВИ | | Дата контакта | | ФИО контактного больного |
| <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | | ДД - ММ - 202Г | | |

| | | | |
|---|--|-------------|---|
| «Эппендорф» с бесцветной транспортной средой ШТРИХ КОД ПРОБЫ  | МЕТОД ПЦР РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ НА АНГЛИЙСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ | CITO | МАЗОК/ОТДЕЛЯЕМОЕ НОСОГЛОТКИ И РОТОГЛОТКИ |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 170120 SARS-CoV-2 (COVID-19) by NAA | | |
| | Внимание! Пробу поместить в отдельный пакет с яркой цветовой маркировкой «CITO» | | |

| | |
|--|---------------------------|
| Лицо, направляющее биоматериал на исследование | _____ / _____ / _____ |
| | Должность / ФИО / подпись |
| Лицо, отбирившее биоматериал | _____ / _____ / _____ |
| | Должность / ФИО / подпись |