



|                                       |  |   |  |                              |  |                      |  |
|---------------------------------------|--|---|--|------------------------------|--|----------------------|--|
| 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 |  | Д Д - М М - Г Г Г Г          |  |                      |  |
| Контактный телефон пациента           |  | Беременность  |  | Срок беременности            |  | Время взятия образца |  |
|                                       |  | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет          |  | Недель                       |  | Ч Ч - М М            |  |
| Диагноз                               |  |   |  | Код по МКБ-10                |  | Дата взятия образца  |  |
|                                       |  |   |  |                              |  | Д Д - М М - 2 0 2 Г  |  |
| Фамилия врача                         |  |   |  | И.О. врача                   |  | Код пациента         |  |
|                                       |  |   |  |                              |  |                      |  |

Дополнительные данные о пациенте (032408, 032409, 032412, 032413). Все поля направительного бланка обязательны для заполнения, информация вносится с документа, удостоверяющего личность. Фамилия, Имя, Отчество пациента указываются полностью.

Паспорт гражданина РФ
  Загранпаспорт гражданина РФ
  Свидетельство о рождении
  Паспорт иностранного гражданина

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

Адрес регистрации пациента. (Страна, республика, край, область, автономный округ, район, город, поселок)

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корп./Стр. \_\_\_\_\_ Кв. \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания совпадает с адресом регистрации  Да  Нет

Адрес фактического проживания (указать в случае отличия от Адреса регистрации пациента)  
Субъект РФ (республика, край, область, автономный округ, район, 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)

Наличие контакта с больными COVID-19/ ОРВИ  Да  Нет

Дата контакта \_\_\_\_\_ ФИО контактного больного \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| «Эплендорф» с бесцветной транспортной средой<br>ШТРИХКОД ПРОБЫ<br>_____<br>_____   | МЕТОД ПЦР <input type="checkbox"/> СИТО <input type="checkbox"/> рутинный  |  | МАЗОК/ОТДЕЛЯЕМОЕ НОСОГЛОТКИ И РОТОГЛОТКИ   |  |
|  | <input type="checkbox"/> 032408<br><b>Диагностика COVID19, ОРВИ</b><br>РНК коронавируса SARS-CoV-2 (COVID-19)/вирусов парагриппа 1,2,3,4,типов/коронавирусов человека/респираторно-синцитиального вируса/ метапневмовируса/риновирусов/ ДНК аденовирусов групп В, С и Е/ бокавируса (кач.) |  | <input type="checkbox"/> 032413<br><b>ОРВИ-макс плюс: 25 вирусных (с идентификацией 18) и 5 бактериальных возбудителей инфекций</b><br>РНК коронавируса SARS-CoV-2 (COVID-19)/вируса гриппа А/вируса гриппа В/вируса гриппа С/ респираторно-синцитиального вируса/ метапневмовируса/ вируса парагриппа 1, 2, 3, 4 типов/ коронавируса человека видов 229Е, НКU1, NL63, OC43/риновирусов А, В и С (без дифференциации)/энтеровирусов/ ДНК аденовирусов групп В, С и Е (без дифференциации)/бокавируса/ Mycoplasma pneumoniae/Chlamydia pneumoniae/Streptococcus pneumoniae/Haemophilus influenzae/Streptococcus pyogenes (кач.) |  |
| «Эплендорф» с бесцветной транспортной средой<br>ШТРИХКОД ПРОБЫ<br>_____<br>_____<br>или<br>Контейнер пластиковый универсальный | <input type="checkbox"/> СИТО <input type="checkbox"/> рутинный  |  | Выберите один из видов биоматериала <input type="checkbox"/> мазок/отделяемое носоглотки и ротоглотки <input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> аспират из трахеи <input type="checkbox"/> бронхоальвеолярный лаваж  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 032412<br><b>ОРВИ-макс: 25 вирус (с идентификацией 18)</b>  |  | РНК коронавируса SARS-CoV-2 (COVID-19)/вируса гриппа А/вируса гриппа В/ вируса гриппа С/респираторно-синцитиального вируса/метапневмовируса/вируса парагриппа 1, 2, 3, 4 типов/коронавирусов человека видов 229Е, НКU1, NL63, OC43/риновирусов А, В и С (без дифференциации)/энтеровирусов/ ДНК аденовирусов групп В, С и Е (без дифференциации)/бокавируса (кач.)   |  |

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЗАКАЗАННЫХ АНАЛИЗОВ

\_\_\_\_

Бланк заказа заполняется только печатными буквами черной или синей ручкой!

Выбрать  
 Отменить

XL03