

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 <input type="checkbox"/> ; врача <input type="checkbox"/>		Беременность		Срок беременности		День цикла	
		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		<input type="checkbox"/> Недель		Менопауза <input type="checkbox"/> лет	
Диагноз				Дата взятия образца			
				ДД - ММ - 202Г			
Фамилия врача				И.О. врача		Код пациента	

\*Дополнительные параметры (услуги: 170400, 170401, 170402, 170403, 170404, 170405, 170406, 170407)

Субъект, где произошло присасывание клеща (город федерального значения, область, край)

Район (география), в котором произошло присасывание клеща

Время присасывания клеща

Клещ живой  Клещ мертвый  Неизвестно

Дата присасывания клеща (укажите дату или диапазон дат)      Дата снятия клеща

ДД - ММ - 202Г — ДД - ММ - 202Г      ДД - ММ - 202Г

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕЩА • МЕТОД ПЦР		приоритет обычный	ИКСОВОЙ КЛЕЩ
Контейнер пластиковый универсальный  ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="checkbox"/> 170401* ДНК/ПНК TBEV/Borrelia burgdorferi sl/ Anaplasma phagocytophillum/ Ehrlichia chaffeensis, Ehrlichia muris (кач.) <input type="checkbox"/> 170400* ДНК/ПНК TBEV/Borrelia burgdorferi sl/ Borrelia miyamotoi/ Anaplasma phagocytophillum/ Ehrlichia chaffeensis, Ehrlichia muris/Rickettsia spp. (кач.) Выберите только одну из услуг.	Контейнер пластиковый универсальный  ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="checkbox"/> 170402* ПНК TBEV (кач.) <input type="checkbox"/> 170403* ДНК/ПНК B.burgdorferi sl (кач.) <input type="checkbox"/> 170404* ДНК A.phagocytophillum (кач.) <input type="checkbox"/> 170405* ДНК/ПНК E.chaffeensis/E.muris (кач.) <input type="checkbox"/> 170406* ДНК Borrelia miyamotoi (кач.) <input type="checkbox"/> 170407* ДНК Rickettsia conorii (кач.)		
МЕТОД ИММУНОЧИПА • ДИАГНОСТИКА БОРРЕЛИОЗА • ИФА • ДИАГНОСТИКА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА		приоритет обычный	
Вакуумная пробирка с разделительным гелем  ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="checkbox"/> 300051 Серологическая диагностика боррелиоза КРОВЬ (СЫВОРОТКА) Anti-Borrelia, IgG (кач.) Anti-Borrelia, IgM (кач.)	Вакуумная пробирка с разделительным гелем  ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="checkbox"/> 300052 Серологическая диагностика боррелиоза и клещевого энцефалита КРОВЬ (СЫВОРОТКА) Anti-Borrelia IgG (кач.) Anti-Borrelia IgM (кач.) Anti-TBE IgG (кол.) Anti-TBE IgM (п.кол.)		
Пробирка с крышкой-пробкой (без наполнителя)  ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="checkbox"/> 300049 Серологическая диагностика боррелиоза КРОВЬ (СЫВОРОТКА) Anti-Borrelia, IgG (кач.) Anti-Borrelia, IgM (кач.)			
	СПИННОМОЗГОВАЯ ЖИДКОСТЬ Anti-Borrelia, IgG (кач.) Anti-Borrelia, IgM (кач.)		

Перечень исследуемых антигенов к Anti-Borrelia IgG и Anti-Borrelia IgM (услуги: 300051, 300049, 300052)

p100 B.garinii, p100 B. B.afzelii, VlsE B.garinii, VlsE B.afzelii, p39 B.afzelii, p41 B.garinii, p41 B.afzelii, p58 B.afzelii, BBK32 B.garinii, BBK32 B.afzelii, OspC B.garinii, OspC B.afzelii, p17 B.garinii, p17 B.afzelii; Anti-Borrelia, IgG: p100 B.garinii, p100 B. B.afzelii, VlsE B.garinii, VlsE B.afzelii, p39 B.afzelii, p41 B.garinii, p41 B.afzelii, p58 B.afzelii, BBK32 B.garinii, BBK32 B.afzelii, OspC B.garinii, OspC B.afzelii, p17 B.garinii, p17 B.afzelii

**Внимание!** На направительном бланке указаны преаналитические требования с условиями хранения образцов до 24 часов, подробнее в Приложении №2. Для всех образцов кровь (сыворотка) рекомендуется центрифугировать пробирку после формирования фибринового сгустка, но не позднее двух часов после взятия крови (2000 g – 10 минут при T=+18+25 °C). Хранить при T=+2 +8 °C в первичной пробирке.



Дополнительные данные о пациенте ( для услуг 032501, 032502, 032503) Требуется обязательное заполнение всех полей!

Указать поездки за границу (страна) за 21 день до заболевания \_\_\_\_\_

Срок пребывания    дней      Дата прибытия в Россию   -   - 20

Указать наличие нападения комаров  Да  Нет      Указать наличие контакта с больными лихорадкой Зика (незащищенный половой контакт)  Да  Нет      Указать наличие незащищенного полового контакта после появления клинических симптомов заболевания  Да  Нет

Указать наличие беременности  Да  Нет      Срок беременности   недель      Дата появления первых симптомов   -   - 20

Указать появившиеся симптомы заболевания:  Лихорадка  Сыпь  Конъюнктивит  Лимфаденопатия

Указать степень тяжести состояния пациента:  Удовлетворительное  Относительно удовлетворительное  Средней тяжести  Тяжелое

Адрес регистрации пациента:

Республика, край, область, автономный округ

Район       Город, поселок

Улица       Дом       Корп.       Стр.       Кв.

Совпадает с адресом регистрации пациента  Да  Нет

Адрес фактического проживания пациента:

Республика, край, область, автономный округ

Район       Город, поселок

Улица       Дом       Корп.       Стр.       Кв.

**Исследование клинического материала  
Вирус Зика • МЕТОД ПЦР**

приоритет обычный

Вакуумная пробирка с ЭДТА	<input type="checkbox"/> 032501 РНК Zika virus (вирус Зика, ZIKV), (кач.)	Контейнер пластиковый универсальный	<input type="checkbox"/> 032502 РНК Zika virus (вирус Зика, ZIKV), (кач.)
ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="text"/>	КРОВЬ с ЭДТА	ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="text"/>	ЯКУЛЯТ
Контейнер пластиковый универсальный		Контейнер пластиковый универсальный	<input type="checkbox"/> 032503 РНК Zika virus (вирус Зика, ZIKV), (кач.)
ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="text"/>	СЛЮНА	ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="text"/>	АМНИОТИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ
Контейнер пластиковый универсальный			
ШТРИХКОД ПРОБЫ <input type="text"/>	МОЧА		

Должность лица, направляющего биоматериал на исследование

ФИО направляющего биоматериал на исследование

Подпись лица, направляющего биоматериал на исследование

ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО  
ЗАКАЗАННЫХ АНАЛИЗОВ

Бланк заказа заполняется только печатными буквами  
черной или синей ручкой!

Выбрать  
 Отменить

XC10