



Наименование направляющего учреждения \_\_\_\_\_ Код направляющего учреждения \_\_\_\_\_

Фамилия пациента\* \_\_\_\_\_ Имя пациента\* \_\_\_\_\_

Отчество пациента\* \_\_\_\_\_ Пол пациента  Мужской \_\_\_\_\_ Дата рождения пациента\* \_\_\_\_\_

Контактный телефон пациента  ; врача  \_\_\_\_\_ Время взятия образца \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_ Дата взятия образца \_\_\_\_\_

Фамилия врача \_\_\_\_\_ И.О. врача \_\_\_\_\_ Код пациента \_\_\_\_\_

Анонимно  Не анонимно (Конфиденциально)

Адрес пациента\* \_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_

Республика, край, область, автономный округ \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_ Город, поселок \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_ Стр. \_\_\_\_\_ Кв. \_\_\_\_\_

**Коды контингента:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 101 Обследованные добровольно по инициативе пациента (при отсутствии других причин обследования) | <input type="checkbox"/> 109 Беременные   | <input type="checkbox"/> 113 Обследованные по клиническим показаниям  |
| <input type="checkbox"/> 102 Лица, употребляющие психоактивные вещества   | <input type="checkbox"/> 110 Мужья, половые партнеры женщин, поставленных на учет по беременности   | <input type="checkbox"/> 115 Медицинский и иной персонал, работающий с больными ВИЧ-инфекцией или инфицированным материалом |
| <input type="checkbox"/> 103 Мужчины, имеющие секс с мужчинами  | <input type="checkbox"/> 111 Лица при призыве на военную службу, поступающие на военную службу (приравненную службу) по контракту, поступающие в военно-учебные заведения | <input type="checkbox"/> 118 Прочие   |
| <input type="checkbox"/> 104 Лица с подозрением или подтвержденным диагнозом инфекций, передаваемых половым путем         | <input type="checkbox"/> 112 Лица, находящиеся в местах лишения свободы   | <input type="checkbox"/> 119 Обследованные в плановом порядке   |
|   |   | <input type="checkbox"/> 200 Иностранцы граждане и лица без гражданства   |

**ПРОГРАММЫ ДЛЯ МУЖЧИН ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**приоритет обычный**

<p>Вакуумная пробирка с разделительным гелем</p> <p><b>ШТРИХ КОД ПРОБЫ</b></p> <p>Образец № 1 из 2</p> <p>«Эплендорф» с транспортной средой розового цвета</p> <p><b>ШТРИХ КОД ПРОБЫ</b></p> <p>Образец № 2 из 2</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>300123*</b> Будущий папа</p> <p><b>КРОВЬ (СЫВОРОТКА)</b></p> <p>Anti-HIV 1,2/Ag p24 (кач.), HBsAg (кач.), Anti-HCV (суммарное) (кач.), Syphilis RPR (кач.)</p> <p><b>СОСКОБ/ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ УРЕТРЫ</b></p> <p>Урогенитальные инфекции у мужчин ДНК Neisseria gonorrhoeae, ДНК Chlamydia trachomatis, ДНК Mycoplasma genitalium, ДНК Trichomonas vaginalis, ДНК U. parvum/urealyticum, ДНК Mycoplasma hominis, ДНК C. albicans/glabrata/krusei/parapsilosis и tropicalis) (кол.)</p>	<p>Вакуумная пробирка с разделительным гелем</p> <p><b>ШТРИХ КОД ПРОБЫ</b></p> <p>Образец № 1 из 3</p> <p>Вакуумная пробирка с разделительным гелем</p> <p><b>ШТРИХ КОД ПРОБЫ</b></p> <p>Образец № 2 из 3</p> <p>«Эплендорф» с транспортной средой розового цвета</p> <p><b>ШТРИХ КОД ПРОБЫ</b></p> <p>Образец № 3 из 3</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>300124*</b> Будущий папа (расширенная программа)</p> <p><b>КРОВЬ (СЫВОРОТКА)</b></p> <p>Anti-HIV 1,2/Ag p24 (кач.), HBsAg (кач.), Anti-HCV (суммарное) (кач.), Syphilis RPR (кач.), Anti-Treponema pallidum (суммарные) (кач.)</p> <p><b>КРОВЬ (СЫВОРОТКА)</b></p> <p>Anti-HSV 1 типа IgG (п. кол.), Anti-HSV 2 типа IgG (п. кол.), Anti-CMV IgG (кол.), Anti-Rubella virus IgG (кол.), Anti-Toxo gondii IgG (кол.), Anti-B19 IgG (кач.)</p> <p><b>СОСКОБ/ОТДЕЛЯЕМОЕ ИЗ УРЕТРЫ</b></p> <p>Урогенитальные инфекции у мужчин ДНК Neisseria gonorrhoeae, ДНК Chlamydia trachomatis, ДНК Mycoplasma genitalium, ДНК Trichomonas vaginalis, ДНК U. parvum/urealyticum, ДНК Mycoplasma hominis, ДНК C. albicans/glabrata/krusei/parapsilosis и tropicalis) (кол.)</p>
--	--	---	--

\* При конфиденциальном обследовании на ВИЧ-инфекцию все поля обязательны для заполнения, информация вносится с документа, удостоверяющего личность. При нарушении требований заполнения направляющего бланка, результат исследования на ВИЧ-инфекцию будет анонимным.

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

ZY03