|  |  |
| --- | --- |
| **Каб. 319 7:30 – 11:00**  УЗ «19-я городская детская поликлиника»  наименование организации здравоохранения | **Участок: {{district}}**  **№ амб {{amb\_cart}}**  Приложение 1 к приказу  Министерства здравоохранения Республика Беларусь  11.12.2006 № 936  Форма № 339/y |

**Направление №\_\_\_\_\_\_\_**

**на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис**

**ВИЧ**

**ВИЧ – экспресс (АНТИТЕЛА)**

(указать вид инфекции)

**первичное, повторное**

**полимеразная цепная реакция (ПЦР)- качественная,**

**полимеразная цепная реакция (ПЦР) - количественная,**

**иммунологический статус**

(нужное подчеркнуть)

В диагностическую лабораторию УЗ «19-я городская детская поликлиника»

(наименование организации здравоохранения)

Фамилия, имя, отчество пациента: **{{name}}**

Пол: **{{gender}}**

Число, месяц, год рождения: **{{birth\_date}}**

Место жительства: **{{address}}**

Место работы, учебы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код обследования, диагноз заболевания: **117**

Число, месяц, год исследования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский работник

направивший материал

на исследование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (инициалы, фамилия)

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Результат исследования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год исследования)

Число, месяц, год выдачи результата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский работник,

выдавший результаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_