|  |  |
| --- | --- |
| **Каб 308**  **По предварительной записи** | **Участок: {{district}}**  **№ амб {{amb\_cart}}** |

**УЗ «19-я городская детская поликлиника»**

**г. Минск**

**Кровь на маркеры вирусного гепатита «В» и «С»**

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

Пол: **{{gender}}**

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

Место жительства: **{{address}}**

Диагноз {{diagnosis}}

Сведения о проведении вакцинации против гепатита B:

{{VGB\_vaccination}}

День забора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_