|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 308 по предварительной записи** | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | Участок:**{{district}}** |
| Форма №210/у-07 | Учреждение здравоохранения  "19-я городская детская поликлиника" | | | | | |
| **Исследование биологического материала (кровь)**  **на инфекции** | | | | | | |
| **Дата: {{date}}** | | **{{ped\_div}}-е ПО** | | **врач педиатр участковый: {{doc\_name}}** | | |
| 1. ФИО пациента:**{{name}}** | | | | | | |
| 2. Число, месяц, год рождения:**{{birth\_date}}** | | | | | 3. Пол: **{{gender}}** | |
| 4. Адрес места жительства**: {{address}}** | | | | | | |
| 5. Диагноз: {{diagnosis}} | | | | | | |
| 6. Время (часы, минуты) взятия материала | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Панель | Результат исследования |
|  | Выберите элемент. |  |
|  | Выберите элемент. |  |

Клинико-лабораторное заключение:

Врач лабораторной диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись фамилия, инициалы

Фельдшер-лаборант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №