|  |  |
| --- | --- |
| **Каб 308**  **По предварительной записи**  УЗ «19-я городская детская поликлиника»  наименование организации здравоохранения | Приложение 1 к приказу  Министерства здравоохранения Республика Беларусь  28.09.2007 г. № 787  Форма № 222/y-07 |

**Направление**

на исследование биологического материала **КРОВЬ** для диагностики сифилиса

Дата: {{date}} Отделение: {{ped\_div}}-е ПО

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

2. Число, месяц, год рождения

3. Пол: **{{gender}}**

4. Адрес места жительства: **{{address}}**

5. Диагноз: {{diagnosis}}

6. Время (часы, минуты) взятия материала: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Номер медицинской карты стационарного больного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Номер медицинской карты амбулаторного больного: **{{amb\_cart}}**

9. Врач-специалист, направивший материалы на исследование:

{{doc\_name}} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

**Результаты исследования**

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. РСК (реакция Вассермана) № с антигенами: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.1. кардиолипиновым \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ титр антител \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. трепонемным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ титр антител \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Микрореакция преципитации (МРП) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ титр антител \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Иммуноферментный анализ (ИФА) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ титр антител \_\_\_\_\_\_

5. Реакция иммунофлюоресценции с абсорбцией (РИФ-абс) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Реакция иммунофлюоресценции (РИФ-200) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Результат исследования нативного материала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинико-лабораторное заключение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись) (инициалы, фамилия)

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

(подпись) (инициалы, фамилия)

Дата выдачи результатов исследования «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_