|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 319 7:30 – 11:00**  **Натощак!** | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | Участок:**{{district}}** | |
| Форма №225/у-07 | | Учреждение здравоохранения  "19-я городская детская поликлиника" | | | | |
| **Исследование КРОВИ на глюкозу № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 6. Время (часы, минуты) взятия материала | | | | | | |

**7. Глюкоза   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л**

**8. Лактат     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ммоль/л**

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №