|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб 308**  **По предварительной записи** | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | Участок:**{{district}}** | |
| Форма №209/у-07 | | Учреждение здравоохранения "19-я городская детская поликлиника" | | | | | |
| **Анализ КРОВИ общий № \_\_\_\_\_\_\_+ФОРМУЛА** | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | |
| №  п/п | Показатель | | | | | | Результат исследования |
| 1 | Эритроциты (RBC), 10^12/л | | | | | |  |
| 2 | Гемоглобин (Hb), г/л | | | | | |  |
| 3 | Гематокрит (HCT) | | | | | |  |
| 4 | Средний объем эритроцита (MCV), фл | | | | | |  |
| 5 | Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), пг | | | | | |  |
| 6 | Средняя конц-я гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл | | | | | |  |
| 7 | Анизоцитоз эритроцитов (RDW), % | | | | | |  |
| 8 | Пойкилоцитоз эритроцитов | | | | | |  |
| 9 | Гипохромия эритроцитов | | | | | |  |
| 10 | Ретикулоциты | | | | | |  |
| 11 | Тромбоциты (PLT), 10^9/л | | | | | |  |
| 12 | Лейкоциты (WBC), 10^9/л | | | | | |  |
| 13 | Базофилы, % | | | | | |  |
| 14 | Базофилы, 10^9/л | | | | | |  |
| 15 | Эозинофилы, % | | | | | |  |
| 16 | Эозинофилы, 10^9/л | | | | | |  |
| 17 | Нейтрофилы: | | | | | |  |
|  | миелоциты, % | | | | | |  |
|  | юные, % | | | | | |  |
|  | палочкоядерные, % | | | | | |  |
|  | сегментоядерные, % | | | | | |  |
| 18 | Пельгеровская анамалия нейтрофилов, | | | | | |  |
| 19 | Лимфоциты, % | | | | | |  |
| 20 | Широкоплазменные лимфоциты, % | | | | | |  |
| 21 | Лимфоциты, 10^9/л | | | | | |  |
| 22 | Моноциты, % | | | | | |  |
| 23 | Моноциты, 10^9/л | | | | | |  |
| 24 | Скорость оседания эритроцитов (СОЭ), мм/час | | | | | |  |
| 25 | Плазматическая клетка,% | | | | | |  |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №

СОГЛАСИЕ на простое медицинское вмешательство. На основании частей первой и второй статьи 44 Закона Республики Беларусь от 28.06.1993г

№2435-XII "О здравоохранении" пациент/законный представитель пациента устно проинформирован о необходимости простых медицинских

вмешательств и от пациента/законного представителя пациента получено добровольное устное согласие на проведение простых медицинских вмешательств.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Каб 308**  **По предварительной записи** | | **№ амб {{amb\_cart}}** | Участок:**{{district}}** |
| **НАПРАВЛЕНИЕ**  На иммунологическое исследование  в клинико-диагностическую лабораторию  УЗ «ГДИКБ» | | | |
| **Наименование учреждения здравоохранения** | | | **№ пробирки:** |
| *УЗ "19-я городская детская поликлиника"* | | |  |
| ФИО пациента (полностью):  **{{name}}** | | | Дата рождения:  (число/месяц/год) |
| **{{birth\_date}}** |
| Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |
|  | | | |
|  | Наименование исследования | |  |
|  |  | |  |
|  | | | |
| Дата и время взятия пробы | | |  |
| **врач педиатр участковый: {{doc\_name}}** | | | |