|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 328 8:30 – 10:50** | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | Участок:**{{district}}** |
| Форма №205/у-07 | | | УЗ "19-я городская детская поликлиника" | | | |
| **СОСКОБ № \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| 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}}** | | | | | | |
| ДДУ / СШ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группа / класс№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 5. Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 6. Время (часы, минуты) взятия материала | | | | | | |
| № п/п | Показатель | | | | Результат исследования | |
| 1 | Энтеробиоз | | | |  | |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №

------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 323 8:00 – 11:00** | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | Участок:**{{district}}** |
| Форма №205/у-07 | | | УЗ "19-я городская детская поликлиника" | | | |
| **Анализ КАЛА № \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| 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}}** | | | | | | |
| ДДУ / СШ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группа / класс№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 5. Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 6. Время (часы, минуты) взятия материала | | | | | | |
| № п/п | Показатель | | | | Результат исследования | |
| 1 | Яйца гельминтов | | | |  | |
| 2 | -------------- | | | |  | |
| 3 | -------------- | | | |  | |
| 4 | -------------- | | | |  | |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №