|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 323 7:30 – 11:00** | | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | | Участок:**{{district}}** |
| Форма №202/у-07 | | Учреждение здравоохранения "19-я городская детская поликлиника" | | | | | | |
| **Анализ КАЛА № \_\_\_\_\_\_\_ (КОПРОГРАММА)** | | | | | | | | |
| **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 | Макроскопическое исследование: | | | | | |  | |
|  | форма | | | | | |  | |
|  | цвет | | | | | |  | |
|  | консистенция | | | | | |  | |
|  | pH | | | | | |  | |
|  | наличие слизи | | | | | |  | |
|  | наличие гноя | | | | | |  | |
|  | реакция на кровь | | | | | |  | |
|  | реакция на стеркобилин | | | | | |  | |
| 2 | Микроскопическое исследование | | | | | |  | |
|  | мышечные волокна | | | | | |  | |
|  | соединительная ткань | | | | | |  | |
|  | нейтральный жир | | | | | |  | |
|  | жирные кислоты | | | | | |  | |
|  | мыла | | | | | |  | |
|  | неперевариваемая клетчатка | | | | | |  | |
|  | перевариваемая клетчатка | | | | | |  | |
|  | крахмальные зерна | | | | | |  | |
|  | эпителий | | | | | |  | |
|  | эритроциты | | | | | |  | |
|  | лейкоциты | | | | | |  | |
| 3 | Простейшие | | | | | |  | |
| 4 | Яйца гельминтов | | | | | |  | |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №