|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 328 7:30 – 11:00** | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | | | Участок:**{{district}}** | |
| Учреждение здравоохранения  "19-я городская детская поликлиника" | | | Приложение 19 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 2007г.  Форма № 218/y-07 | | | | | |
| **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**  **биологического материала (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| **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: {{diagnosis}} | | | | | | | | |
| 6. Время (часы, минуты) взятия материала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Выделенные микроорганизмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Результаты определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам: | | | | | | | | |
| Антибактериальные препараты  (указать нужные) | Чувствительный | | | | Умеренно устойчивый | | | Устойчивый |
| ПКФ |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  |

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

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

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

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

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №