|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 323 7:30 – 11:00** | | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | Участок:**{{district}}** | |
| Форма №202/у-07 | | Учреждение здравоохранения "19-я городская детская поликлиника" | | | | | | |
| **Анализ КАЛА № \_\_\_\_\_\_\_ (скрытая кровь)** | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | |
| № п/п | Показатель | | | | | | | Результат исследования |
| 1 | Скрытая кровь | | | | | | |  |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №