|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 328 8:30-10:50** | | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | | Участок:**{{district}}** |
| Форма №202/у-07 | | | Учреждение здравоохранения  "19-я городская детская поликлиника" | | | | | |
| **Исследование биологического материала**  **на ЭОЗИНОФИЛЫ** | | | | | | | | |
| **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 (вписать требуемый) | | | | | | Результат исследования | |
| 1 | Мазок из носа | | | | | |  | |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №