|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Каб. 323 7:30 – 11:00** | | | **№ амб {{amb\_cart}}** | | | Участок:**{{district}}** |
| Форма №203/у-07 | Учреждение здравоохранения "19-я городская детская поликлиника" | | | | | |
| **Анализ МОЧИ по Зимницкому № \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **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 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  порции | Относительная плотность мочи | Количество мочи, мл |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 | Дневной диурез |  |
| 12 | Ночной диурез |  |
| 13 | Суточный диурез |  |

Клинико-лабораторное заключение:

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

Подпись фамилия, инициалы

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

Подпись фамилия, инициалы

Дата выдачи результатов исследования:  Заключение №