

Название направляющего учреждения

Код направляющего учреждения

Фамилия врача

И.О. врача

ИО

Контактный телефон врача

Фамилия пациента

Имя пациента

Отчество пациента

Пол пациента

☐ Мужской ☐ Женский

Беременность

☐ Да ☐ Нет

Срок беременности

Неделя

День цикла

Дата рождения пациента

ДД – ММ – ГГ ГГ

Код пациента

Время взятия образца

ЧЧ – ММ

Дата взятия образца

ДД – ММ – 20 ГГ

Диагноз

\*Дополнительные данные о пациенте (для услуги 170401)

Район (география), в котором произошло присасывание клеща

Время присасывания клеща

ЧЧ – ММ

☐ Клещ живой ☐ Клещ мертвый

Дата присасывания клеща

ДД – ММ – 20 ГГ

Дата снятия клеща

ДД – ММ – 20 ГГ

НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ ШТРИХКОД ПРОБЫ

ИССЛЕДОВАНИЕ НА КЛЕЩЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ • МЕТОД ПЦР

☐ 170401\* ДНК/ПНК TBEV/B.burgdorferi sI/A.phagocytophillum/E.chaffeensis, E.muris (кач.)

приоритет обычный

Образец

ИКСОИДОВЫЙ КЛЕЩ

Должность лица, направляющего биоматериал (клеща) на исследование

ФИО лица, направляющего биоматериал (клеща) на исследование

Подпись лица, направляющего биоматериал (клеща) на исследование



Дополнительные данные о пациенте ( для услуг 032501, 032502, 032503). Требуется обязательное заполнение всех полей!

Указать поездки за границу (страна) за 21 день до заболевания

Срок пребывания    дней Дата прибытия в Россию   -   - 2 0

Указать наличие нападения комаров ☐ Да ☐ Нет Указать наличие контакта с больными лихорадкой Зика (незащищенный половой контакт) ☐ Да ☐ Нет Указать наличие незащищенного полового контакта после появления клинических симптомов заболевания ☐ Да ☐ Нет

Указать наличие беременности ☐ Да ☐ Нет Срок беременности   недель Дата появления первых симптомов   -   - 2 0

Указать появившиеся симптомы заболевания: ☐ Лихорадка ☐ Сыпь ☐ Конъюнктивит ☐ Лимфаденопатия

Указать степень тяжести состояния пациента: ☐ Удовлетворительное ☐ Относительно удовлетворительное ☐ Средней тяжести ☐ Тяжелое

Адрес регистрации пациента:

Край, область

Город Улица Дом Корп. Кв.

Адрес фактического проживания пациента: Совпадает с адресом регистрации ☐ Да ☐ Нет

Край, область

Город Улица Дом Корп. Кв.

Номер телефона пациента

Исследование клинического материала				приоритет		обычный	
ВИРУС ЗИКА • МЕТОД ПЦР							
НОМЕР ОБРАЗЦА	КОД, НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ, СОСТАВ ПРОГРАММЫ, КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ			НОМЕР ОБРАЗЦА	КОД, НАЗВАНИЕ ПРОГРАММЫ, СОСТАВ ПРОГРАММЫ, КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ		
НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ <input type="text"/> ШТРИХКОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 032501 PHK Zika virus (вирус Зика, ZIKV), (кач.)			НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ <input type="text"/> ШТРИХКОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 032502 PHK Zika virus (вирус Зика, ZIKV), (кач.)		
	Образец	КРОВЬ с ЭДТА			Образец	ЗЯКУЛЯТ	
НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ <input type="text"/> ШТРИХКОД ПРОБЫ	Образец			НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ <input type="text"/> ШТРИХКОД ПРОБЫ	<input type="checkbox"/> 032503 PHK Zika virus (вирус Зика, ZIKV), (кач.)		
	СЛЮНА				Образец	АМНИОТИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ	
НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ <input type="text"/> ШТРИХКОД ПРОБЫ	Образец						
	МОЧА						

Должность лица, направляющего биоматериал на исследование

ФИО лица, направляющего биоматериал на исследование

Подпись лица, направляющего биоматериал на исследование