|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRUNG TÂM HỖ TRỢ SINH SẢN**  **QUỐC GIA** | **KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM** | Mã bệnh nhân : |

Họ tên:  Giới tính:

Địa chỉ :

Số điện thoại :

Ngày trả kết quả:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STT** | **Tên chỉ định** | **Kết quả** |
| 1 | Nhóm máu |  |
| 2 | HIV |  |
| 3 | Bw |  |
| 4 | Hbsag |  |
| 5 | AntiHCV |  |

Số lần kiểm tra:

Ghi chú:

Ngày tháng năm

**Bác sỹ chỉ định**