Заполнять ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: число / месяц / год Пол: муж жен Дата взятия образца: число / месяц / год Время взятия образца: час мин.

Диагноз: Номер страхового полиса:

АНАЛИЗ НА КАЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНОВ

Исследуемый материал — кал (транспортный контейнер — ККЛ)	
☐ 463	Ротавирус (антиген)
☐ 481	Аденовирус (антиген)
☐ 482	Криптоспоридии парвум (антиген)
☐ 483	Лямблии (антиген)
☐ 484	Хеликобактер пилории (антиген)
☐ 485	E. coli O157:H7 (антиген)
☐ 486	Toxin A Clostridium difficile

Исследуемый материал — мазки из зева носа (стерильная транспортная пробирка с тампоном на пластиковом аппликаторе — ТАМП)	
☐ 487	Стрептококк гр. А (антиген)
☐ 489	Инфлюенца А+Б (антигены)

Исследуемый материал — мазки из влагалища, шейки матки (стерильная транспортная пробирка с тампоном на пластиковом аппликаторе — ТАМП)	
☐ 488	Стрептококк гр. В (антиген)

Заказчик _____/_____ **Сотрудник «ИНВИТРО»** _____/_____

(подпись) (ФИО) (подпись) (ФИО)