заполнять ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ буквами

Заказчик: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Пациент: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дата рождения: ☐☐/☐☐/☐☐ (число / месяц / год) Пол: ☐ муж ☐ жен Дата взятия образца: ☐☐/☐☐/0☐ (число / месяц / год) Время взятия образца: ☐☐:☐☐ (час / мин.)

Диагноз: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Номер страхового полиса: ☐☐☐☐☐☐

DIGENE-TEST
(Дайджин-тест)

Исследуемый материал – соскоб цервикального канала
(отдельная система для взятия материала)

394	Human Papillomavirus - определение ДНК-типов высокого онкогенного риска (16/18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59/68 типы)
395	Human Papillomavirus - определение ДНК-типов низкого онкогенного риска (6/11/42/43/44 типы)