

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФОСМОТРОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ЗАКАЗЧИК* _____

ФИО пациента*					
Дата рождения* (ДД/ММ/ГГГГ)	___/___/_____	Возраст* (лет)		Пол*	<input type="radio"/> Мужской <input type="radio"/> Женский
Контактный тел.					
Эл. почта					
Адрес филиала					
Исследование*	Микробиологическое (культуральное) исследование кала на кишечную группу - профилактическое обследование (М9.18.12)	<input type="radio"/>			
	Определение РНК ротавирусов группы А (Rotavirus A), норовирусов (Norovirus 1,2 генотипы) и астровирусов (Astrovirus), качественно (П6.55)	<input type="radio"/>			
	Определение ДНК сальмонелл (Salmonella spp.), качественно (П8.18)	<input type="radio"/>			
	ОКИ-тест: комплекс на патогены (Shigella/Salmonella/Campylobacter/Adenovirus/Rotavirus/Norovirus/Astrovirus) (П6.52)	<input type="radio"/>			
	Микробиологическое (культуральное) исследование мазка из зева на золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus) - профилактическое обследование (М22.13.4)	<input type="radio"/>			
	Микробиологическое (культуральное) исследование мазка из носа на золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus) - профилактическое обследование (М22.14.4)	<input type="radio"/>			
	Определение ДНК Staphylococcus aureus, качественно (в смешанных мазках рото/носоглотки) (П9.6)	<input type="radio"/>			
Пробу взял (ФИО)					
Дата и время взятия (ДД/ММ/ГГГГ чч:мм)	___/___/_____ :__				

* обязательно для заполнения заказчиком