INVITRO

ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО»
г. Минск, ул. Брикета, 30-202, админ.пом. 202-8
тел.: 7807, 8 (017) 222 21 31, www.invitro.by

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения / / (число / месяц / год) м ж **Номер полиса**

Тел./моб. **Кодовое слово** **e-mail** **sms**

Диагноз:

Принимаемые препараты:

Штрих-код

ФИО врача

☐ **ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЛИЧИЕ ЗАПОЛНЕННОЙ АНКЕТЫ-ОПРОСНИКА ДЛЯ ТЕСТОВ №1641, №1641/37, №3320, №3320МНС И №3320СНГ**

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ НА COVID-2019

☐ 1641	Антитела к коронавирусу SARS-CoV-2, IgM	738 ●
☐ 1637	Антитела к коронавирусу SARS-CoV-2 (нуклеокапсидному белку), IgG	738 ●
☐ 1652	Пред- и поствакцинальные антитела. **Качественное** определение наличия антител к спайковому (S) белку SARS-CoV-2, IgG	738 ●
☐ 1654	Пред- и поствакцинальные антитела. **Количественное** определение уровня антител к спайковому (S) белку SARS-CoV-2, IgG	652 ●
☐ 1641/37	Антитела к коронавирусу SARS-CoV-2, IgM и IgG	738 ●
☐ 3320	Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК в мазке со слизистой носоглотки и ротоглотки	153
☐ 3320МНС	Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК в мазке со слизистой носоглотки и ротоглотки **(для выезда за границу)**	153
☐ 3320СНГ	Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки для ПО «Путешествую без ковид»	153

Объём лабораторных исследований, заказанных Пациентом согласно настоящему бланку, определён Пациентом самостоятельно, а их выполнение определяется организационно-техническими возможностями Исполнителя.
Настоящим подтверждаю, что я имел(а) возможность задавать вопросы работнику ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО», касающиеся заказанных мною лабораторных исследований, и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. Данные, указанные в настоящем бланке, являются правильными и достоверными.
Преаналитические требования мною соблюдены и мне разъяснено, что несоблюдение указанных требований может повлиять на результат выполняемого лабораторного исследования.

подпись/расшифровка — число / месяц / год

Образцы взятого у меня биологического материала маркированы сотрудником Исполнителя в моём присутствии.

Подпись пациента

подпись/расшифровка — число / месяц / год

Подпись исполнителя

подпись/расшифровка — число / месяц / год

Специальные обозначения:

● — пробирка с красной крышкой с гелем

— микропробирка 2 мл с транспортной средой

Бланк действует с 05.07.2021