ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО», УНП 191121513, Республика Беларусь
220039, г. Минск, ул. Брилевская, д. 27, тел./факс: 8 (017) 2222-131, www.invitro.by
р/с 3012038200008 в ЗАО «БелСвиссБанк» г. Минск, пр-т Победителей, 23/3, код 153001175

ИНВИТРО®

Заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ** буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: число / месяц / год Пол: муж жен Номер полиса: Номер ДК:

Диагноз: Дата и время взятия образца: число / месяц / год час : мин

Предполагаемая дата начала заболевания: число / месяц / год ФИО врача:

С данными бланка ознакомлен (а), претензий не имею. подпись/расшифровка число / месяц / год

Контейнер (ы) промаркирован (ы) в моем присутствии.

НАПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛА НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

«Окраска по Романовскому-Гимзе»

505	Исследование соскобов эктоцервикса	обозначить тип соскоба
	Исследование соскобов эндоцервикса	
	Исследование смешанных соскобов (экзо- и эндоцервикса в одном соскобе)	
506	Исследование аспирата из полости матки (мазки), отпечатки с внутриматочной спирали (ВМС)	
509	Исследование пунктатов молочной железы и кожи	

Исследуемый материал: _____

Способ взятия материала (нужное подчеркнуть): соскоб, отпечаток, мазок-перепечаток (хирургический, эндоскопический материал), аспирационная биопсия (пункция)

Дата последней менструации: _____ Менопауза: _____

Клинические данные: _____

_____

_____

_____

(продолжительность заболевания, проведенное лечение; при опухолях — точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов; при исследовании: лимфоузлов указать анализ крови; соскобов эндометрия — дату начала и окончания нормальной последней менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала кровотечения)

Клинический диагноз: _____

Клинический диагноз + сопутствующие заболевания: _____

Лечебные мероприятия (гормоно-, химио-, лучевая терапия, антибиотики): _____

Маркировка материала (указать место взятия): _____

Количество стёкол: _____

ФИО лечащего врача: _____

Объем услуг, оказываемых согласно настоящему бланку-заказу, определяется желанием пациента и организационно-техническими возможностями ИООО «Независимая лаборатория ИНВИТРО».
Настоящим подтверждаю правильность указанных в настоящем бланке-заказе данных. С правилами преаналитики ознакомлен (-а). Мне разъяснено, что не соблюдение указанных правил может повлиять на результат исследования. Мне разъяснена процедура взятия биоматериала. Я уведомлен (-а) и согласен (-на), что услуга считается оказанной надлежащим образом и принята мною, если в течение 30 календарных дней с момента оплаты услуги в адрес Исполнителя не было направлено и получено Исполнителем от меня возражений, оформленных в письменном виде.

подпись/расшифровка число / месяц / год

Подпись медицинского работника на каждом бланке

подпись/расшифровка число / месяц / год

бланк действует с 22.10.14