



Название направляющего учреждения

Фамилия врача

И.О. врача

Код направляющего учреждения

Контактный телефон врача

Фамилия пациента

Имя пациента

Отчество пациента

Пол пациента

 Мужской Женский

Исследование

 первичное повторное

Дата рождения пациента

Диагноз

Время взятия образца

Цель исследования

Дата взятия образца

Результат кожных проб

НОМЕР ОБРАЗЦА ИЛИ <input type="text"/> ШТРИХКОД ПРОБЫ	Исследование крови	приоритет обычный	Образец	Кровь с гепарином
	<input type="checkbox"/> P314 Диагностика латентной и активной туберкулезной инфекции методом T-SPOT.TB			

Примечание: Необходимый объем крови для исследования не менее 6 мл. Если у пациента имеются заболевания связанные с иммунодефицитом, то объем крови должен составлять не менее 10 мл.

Дата доставки биоматериала в Адванс БиоТест

Время доставки биоматериала в Адванс БиоТест

Ф.И.О. курьера, доставившего биоматериал в Адванс БиоТест

Должность лица, принявшего биоматериал в Адванс БиоТест

Ф.И.О. лица, принявшего биоматериал в Адванс БиоТест