|  |  |
| --- | --- |
| Направление в ЛДЦ ГАУЗ «РКИБ»\*  (г.Казань, ул. Пр.Победы,83) | |
| Наименование медицинской организации, направившей биоматериал |  |
| отделение |  |
| Информация о пациенте(фамилия, имя, отчество полностью) |  |
| Дата рождения (число, месяц, год) |  |
| Адрес места проживания |  |
| Полис ОМС (страховая компания, номер) |  |
| Диагноз /код (для скринга ВГ) | Код |
| Вид биоматериала, № образца |  |
|  |  |
| Дата и время сбора биоматериала |  |
| Цель исследования(нужное подчеркнуть): установление клинического диагноза, уточнение клинического диагноза, наблюдение динамики патологического процесса, обследование с профилактической целью\*\* | |
| Перечень необходимых исследований, с указанием метода исследования |  |
| Врач (Ф.И.О, подпись) |  |
| Дата и время доставки в лабораторию |  |
| Регистрационный номер |  |
| \* направление заполняется на каждый образец биоматериала в одном экземпляре с использованием ПК, шрифт TimesNewRoman, размер шрифта 12  \*\*за исключением первичных и периодических медицинских осмотров декретированных групп населения | |