

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы "Диагностический центр (Центр лабораторных
исследований) Департамента здравоохранения города
Москвы"

ПЦР-исследование

Серия полиса ОМС

Тип биоматериала _____

Номер полиса ОМС

Фамилия

Муж. Жен.

Имя

Беременность

Отчество

Число

Месяц

Год рождения

Код контингента

Дата и время взятия материала

Часы

Мин.

Возраст пациента

Название страховой компании

Диагноз (код МКБ-10)

Название ЛПУ заказчика

Отделение

Номер участка

Фамилия врача

Адрес прописки (регистрации) пациента

Тип документа

Серия

Номер

Дата выдачи ДУЛ

Орган выдавший ДУЛ

ПЦР-урогенитальные инфекции

- Chlamydia trachomatis
 Ureaplasma urealyticum
 Ureaplasma parvum
 Mycoplasma hominis
 Mycoplasma genitalium
 Cytomegalovirus hominis
 Herpes simplex 1,2
 Neisseria gonorrhoeae
 Gardnerella vaginalis
 Trichomonas vaginalis

HPV 16

HPV 18

Candida albicans

ПЦР-Бактериальный вагиноз-Флороценоз

ПЦР-Бактериальный вагиноз-Флороценоз (соскобы)

ПЦР-Диагностика вирусных инфекций

HPV Высокого онкогенного риска (транс-ферда SurePath или Digene)

ПЦР-Прочие инфекции (кровь с ЭДТА)

Epstein-Barr Virus

Listeria monocytogenes

Toxoplasma gondii

ПЦР-Исследование гепатитов (кровь с ЭДТА)

HCV кач

HCV колич

HCV генотипирование

HBV кач

HBV колич

HBV генотипирование

Кровь с ЭДТА

Бар-код биоматериала
(соскоб, моча и т.д.)

Правила заполнения бланка: для выбора исследования необходимо отметить поле «крестиком»:
Бланк заказа заполняется гелевой или шариковой ручкой, черными или синими чернилами.

Поля, обозначенные ячейками, заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**