

# Макет лицевой стороны бланка Формат листа А5 (148 x 210 mm)

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

ПЦР-исследование

Серия полиса ОМС

Номер полиса ОМС

Фамилия

Имя

Отчество

Число / Месяц / Год рождения      Код контингента      Дата и время взятия материала      Часы      Мин.

/   /                /   /        :

Кровь с ЭДТА

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

---

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	Направление Мосгорздрав
<p><b>ПЦР-урогенитальные инфекции</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis</p> <p><input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum</p> <p><input type="checkbox"/> Ureaplasma parvum</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium</p> <p><input type="checkbox"/> Cytomegalovirus hominis</p> <p><input type="checkbox"/> Herpes simplex 1,2</p> <p><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae</p> <p><input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis</p>	<p><input type="checkbox"/> HPV 16</p> <p><input type="checkbox"/> HPV 18</p> <p><input type="checkbox"/> Candida albicans</p> <p><b>ПЦР-Бактериальный вагиноз-Флороценоз</b></p> <p><input type="checkbox"/> ПЦР-Бактериальный вагиноз-Флороценоз (соскобы)</p> <p><b>ПЦР-Диагностика вирусных инфекций</b></p> <p><input type="checkbox"/> HPV Высокого онкогенного риска (трансп среда SurePath или Digene)</p> <p><b>ПЦР-Прочие инфекции (кровь с ЭДТА)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Epstein-Barr Virus</p> <p><input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes</p> <p><input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii</p>	<p><b>ПЦР-Исследование гепатитов (кровь с ЭДТА)</b></p> <p><input type="checkbox"/> HCV кач</p> <p><input type="checkbox"/> HCV колич</p> <p><input type="checkbox"/> HCV генотипирование</p> <p><input type="checkbox"/> HBV кач</p> <p><input type="checkbox"/> HBV колич</p> <p><input type="checkbox"/> HBV генотипирование</p>	

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**