

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

Исследование крови на резус-принадлежность, группу крови и резус-антитела

Серия полиса ОМС

Номер полиса ОМС

Фамилия

Муж. Жен.

Имя

Беременность

Отчество

Число

Месяц

Год рождения

Код контингента

Дата забора крови

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

Группа крови (Rh-принадлежность)

Прямая проба Кумбса

Резус а/т неполных + титр

Определение антител и титра по
системе АВ0 (Групповые антитела)

Резус а/т полных + титр

Фенотипирование без Cw и k2

Kell - антиген

Фенотипирование по антигенам

Неделя беременности по УЗИ

Группа крови при поступлении _____

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

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