

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

## ВИЧ, гепатиты и сифилис

Сыворотка крови

Серия полиса ОМС

Номер полиса ОМС

Фамилия

Имя

Отчество

Число

Месяц

Год рождения

Код контингента

Дата и время взятия материала

Часы

Мин.

Муж.  Жен.

Беременность

Анонимный

По скорой помощи

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

**Комплексное исследование**  
(анти-HIV, HBs (антиген), анти-HCV, антитела к  
Tеропeтa pallidum, РМП с кардиолипиновым Ar)

Комплексное исследование

анти-Hbсog (сум.)

анти-Hbe

Hbe-антиген

**Исследование на гепатит D**

анти-HDV IgM

анти-HDV (сум.)

**Исследование на ВИЧ**

анти-HIV

**Исследование на сифилис**  
(антитела к Tеропeтa pallidum, РМП с  
кардиолипиновым Ar)

Исследование на сифилис

**Исследование на гепатит A**

анти-HAV IgM

анти-HAV IgG

анти-HAV (сум.)

**Исследование на гепатит B**

HBs (антиген)

анти-HBs

анти-Hbсog IgM

**Исследование на гепатит C**

анти-HCV

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



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

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

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

**Результаты исследований**

Маркеры	Результаты ИФА
<b>Комплексное исследование</b>	
анти-HIV	
HBs (антиген)	
анти-HCV	
антитела к Treponema pallidum	
РМП с кардиолипидным Ag	
<b>Маркеры гепатитов</b>	
анти-HBs	
анти-Hbcor IgM	
анти-Hbcor (сум.)	
анти-Hbe	
Hbe-антиген	
анти-HDV IgM	
анти-HDV (сум.)	
анти-HAV IgM	
анти-HAV IgG	
анти-HAV (сум.)	
Дата выполнения исследования:	Исследование провели:

Описание лицевой стороны бланка  
Формат листа А5 (148 x 210 мм)

г. Москва Times New Roman CYR 8pt normal  
Детская городская поликлиника № 121  
Центр лабораторной диагностики иммунодефицитных состояний и оппортунистических инфекций

**ВИЧ, гепатиты и сифилис**  
(Arial 12pt bold)

Серия полиса ОМС (Arial 6 pt normal)  
Номер полиса ОМС (Arial 6 pt normal)  
Фамилия (Arial 6 pt normal)  
Имя (Arial 6 pt normal)  
Отчество (Arial 6 pt normal)  
Число / Месяц / Год рождения / Код контингента / Дата забора крови (Arial 6 pt normal)  
Муж.  Жен.  (Arial 6 pt normal)  
Беременность  (Arial 6 pt normal)  
Анонимный  (Arial 6 pt normal)  
По скорой помощи  (Arial 6 pt normal)

Возраст пациента / Название страховой компании / Диагноз (код МКБ-10) (Arial 6 pt normal)  
Название ЛПУ заказчика (Arial 6 pt normal)  
Отделение / Номер участка / Фамилия врача (Arial 6 pt normal)  
Адрес прописки (регистрации) пациента (Arial 6 pt normal)

(Arial 6 pt normal) / (Arial 6 pt normal) / (Arial 6 pt normal) / (Arial 6 pt normal)  
Тип документа / Серия / Номер / Направление Мосгорздрав

**Комплексное исследование** (Arial 6 pt normal)  анти-Hbcor (сум.)  
(анти-HIV, HBs (антиген), анти-HCV, антитела к *Теропема pallidum*, РМП с кардиолипновым Ar)  
 Комплексное исследование (Arial 5 pt normal)  анти-Hbe  
 Hbe-антиген

**Исследование на гепатит D** (Arial 6 pt bold)  
 анти-HDV IgM (Arial 6 pt normal)  
 анти-HDV (сум.) (Arial 6 pt normal)

**Исследование на ВИЧ**  
 анти-HIV

**Исследование на гепатит В**  
 HBs (антиген)  
 анти-HBs  
 анти-Hbcor IgM

**Исследование на сифилис** (Arial 6 pt normal)  
(антитела к *Теропема pallidum*, РМП с кардиолипновым Ar) (Arial 5 pt normal)  
 Исследование на сифилис

**Исследование на гепатит А** (Arial 6 pt bold)  
 анти-HAV IgM  
 анти-HAV IgG  
 анти-HAV (сум.)

**Исследование на гепатит С**  
 анти-HCV

Правила заполнения бланка: для выбора исследования необходимо отметить поле «крестиком»:   
Бланк заказа заказа заполняется гелевой или шариковой ручкой, черными или синими чернилами.  
Поля, обозначенные яечками, заполнять **ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**  
(Arial 5 pt normal) (Arial 9 pt normal)

Сыворотка крови  
Arial 8pt normal

Цветовая модель: RGB  
Цвет элементов бланка:  
Заливка: 255/242/250

Окантовка ячейки для символов: 255/215/239   
Окантовка ячейки для заказа исследования: 248/61/168   
Цвет шрифта в области для штрих-кода: 248/61/168 Сыворотка крови

Изображение размещается на листе формата А5 (148 x 210 мм, на расстоянии 4.75 мм от границ листа, по центру)

Описание оборотной стороны бланка  
Формат листа А5 (148 x 210 mm)

<b>Результаты исследований</b>	
<b>Маркеры</b>	<b>Результаты ИФА</b>
<b>Комплексное исследование</b>	
анти-HIV	
HBs (антиген)	
анти-HCV	
антитела к <i>Treponema pallidum</i>	
РМП с кардиолипидным Ag	
<b>Маркеры гепатитов</b>	
анти-HBs	
анти-Hbcor IgM	
анти-Hbcor (сум.)	
анти-Hbe	
Hbe-антиген	
анти-HDV IgM	
анти-HDV (сум.)	
анти-HAV IgM	
анти-HAV IgG	
анти-HAV (сум.)	
Дата выполнения исследования:	Исследование провели:

Цвет рамки (Цветовая модель RGB): 129/129/129

Изображение размещается на листе формата А5 (148 x 210 мм, на расстоянии 4.75 мм от границ листа, по центру)