INVITRO

ООО «ИНВИТРО», 125047, г. Москва,
ул. 4-ая Тверская-Ямская, д. 16, корп. 3, 3 этаж, помещение I, комната 3.
+7 (800) 200 363 0, +7 (495) 363 0 363, www.invitro.ru

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения / / (число, месяц, год) Пол (м, ж) Номер полиса Номер ДК

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

Предупрежден(а) о правилах подготовки перед взятием и(или) приемом биоматериала.

Пробирка(и) промаркирована(ы) в моем присутствии.

С данными бланка ознакомлен(а), претензий не имею.

Подпись/расшифровка

/ / (число, месяц, год)

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕЩА

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____ / _____ / _____ Телефон: _____

Адрес фактического проживания: _____

_____

Кем и когда произведено снятие клеща: _____

☐ Травмпункт

☐ Самостоятельно пациентом

☐ Иное _____

Дата и время снятия клеща: _____ / _____ / _____ в _____ : _____

Дата и время доставки клеща: _____ / _____ / _____ в _____ : _____

Дата присасывания клеща: _____ / _____ / _____

Территория, где произошло присасывание клеща:

Область _____

Район _____

Населенный пункт _____

Цель исследования – 4 инфекции: Вирус клещевого энцефалита (кач.) РНК, Borrelia burgdorferi s.l (кач.) ДНК, Anaplasma Phagocytophillum(кач.) ДНК, Ehrlichia muris/chaffeensis (кач.) ДНК

Дата прививки от КВЭ (если есть): _____ / _____ / _____

Ознакомлен с необходимостью обратиться за медицинской помощью в медицинские организации к врачу-инфекционисту или лечащему врачу для медицинского наблюдения и/или экстренной профилактики человеческим иммуноглобулином против КВЭ.

Идентификация биоматериала проведена в моем присутствии.

_____ Подпись пациента