INVITRO

Заполнять ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ буквами

Заказчик:

Пациент:

Дата рождения: число / месяц / год Пол: муж жен Дата взятия образца: число / месяц / год Время взятия образца: час мин.

Диагноз: Номер страхового полиса:

Адрес (фактического) проживания: _____

_____

Контактный телефон: _____

ИНЗ
наклеить штрихкод

Лабораторное исследование КЛЕЩа для выявления РНК/ДНК возбудителей инфекций, передаваемых иксодовыми клещами:

клещевого энцефалита, боррелиозов (в том числе болезни Лайма), риккетсиоза, анаплазмоза, эрлихиоза,

Продукты №№: 1227М, 37Д, 35Д, 36Д, 27Д

Кем и когда произведено снятие клеща:

- o Травмпункт
- o Самостоятельно пациентом
- o Иное _____

Дата и время снятия клеща _____

Дата и время доставки клеща _____

ДАТА ПРИСАСЫВАНИЯ КЛЕЩА: _____

ТЕРРИТОРИЯ, ГДЕ ПРОИЗОШЛО ПРИСАСЫВАНИЕ КЛЕЩА:

ОБЛАСТЬ_____

РАЙОН_____

НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ_____

Цель исследования –

o	**1227М**	4 инфекции: **Вирус клещевого энцефалита (кач) РНК, Borrelia burgdorferi s.l. (кач) ДНК, Anaplasma phagocytophillum (кач) ДНК, Ehrlichia muris/chaffeensis (кач) ДНК;**
o	**37Д**	2 инфекции: **Вирус клещевого энцефалита (кач) РНК, Borrelia burgdorferi s.l (кач) ДНК;**
o	**35Д**	1 инфекция: **Вирус клещевого энцефалита (кач) РНК;**
o	**36Д**	1 инфекция: **Borrelia miyamotoi (кач) ДНК;**
o	**27Д**	1 инфекция: **Borrelia burgdorferi s.l. (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

27.05.2022