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:

Количество заказанных продуктов:

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)

Диагностика инфекционных заболеваний
Исследуемый материал – пробы выдыхаемого воздуха
(8 пакетов для сбора воздуха)

☐	1304СИБР	Водородно-метановый дыхательный тест с лактулозой (СИБР-тест)

1. Анамнез пациента (наличие нарушений опорожнения кишечника): ☐ запоры, ☐ поносы, ☐ норма;
2. Симптомы во время проведения теста: ☐ боль в животе, ☐ урчание, ☐ отрыжка, ☐ тошнота, ☐ диарея, ☐ слабость, ☐ головная боль, ☐ другое _____ (указать)