

**Заполнять только печатными буквами!**

Заказчик

Пациент

Дата рождения  /  /   
число    месяц    год

Пол    
м    ж

Номер полиса

Дата взятия образца  /  /   
число    месяц    год

Время взятия образца  /  /   
число    месяц    год

Диагноз:

## Направление на генетическое исследование (онкогематология)

1. Тест № \_\_\_\_\_

2. Название теста: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Обращение **первичное/повторное** (нужное подчеркнуть)

4. Диагноз (стадия заболевания): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Сведения о предыдущих генетических исследованиях: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_