

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

Дата рождения / / Пол Номер полиса Номер ДК

число месяц год м ж

Тел./моб.: sms: Штрих-код:

e-mail: Кодовое слово:

Диагноз:

Принимаемые препараты:

ФИО врача

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

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

/ /
число месяц год

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

Фамилия, имя, отчество:

Дата рождения: Телефон:

Адрес фактического проживания:

Кем и когда произведено снятие клеща:

Травмпункт

Самостоятельно пациентом

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 – 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