INVITRO

ООО «ИНВИТРО» 121059, г. Москва,
вн. тер. г. муниципальный округ Дорогомилово, ул. Киевская, д. 7, к. 1, помещ. 1
+7 (800) 200 363 0, +7 (495) 363 0 363, www.invitro.ru

Заполнять только печатными буквами!

Заказчик

Пациент

СНИЛС

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)

СПЕРМОГРАММА

599	**Исследование эякулята**

СПЕРМОГРАММА

(Заказывается одновременно с тестом 599)

596 CLD	**Исследование эякулята + запись DVD**

MAR-тест

(исследование эякулята на наличие антиспермальных антител)

597	**MAR-тест, IgA**
598	**MAR-тест, IgG**

Заказчик _____/_____ Сотрудник «ИНВИТРО» _____/_____
ФИО подпись ФИО подпись

бланк действует с 01.02.2019