

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

Специальные обозначения При наличии центрифуги все пробирки с гелем должны быть отцентрифугированы перед отправкой в лабораторию.

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| 030 | — номер контейнера | ☐ | — микропробирка 2 мл без транспортной среды |
| * | — заморозить (-17...-23°C) в вертикальном положении | СКК | — стерильный контейнер с красной крышкой |