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

Дата рождения ___ / ___ / ___ (число / месяц / год) Пол м ж Номер полиса Номер ДК

СНИЛС

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)

ИССЛЕДОВАНИЕ КЛЕЩА

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: _____ / _____ / _____ Телефон: _____

Адрес фактического проживания: _____

_____

Кем и когда произведено снятие клеща: _____

☐ Травмпункт

☐ Самостоятельно пациентом

☐ Иное _____

Дата и время снятия клеща: _____ / _____ / _____ в _____ : _____

Дата и время доставки клеща: _____ / _____ / _____ в _____ : _____

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