



Наименование направляющего учреждения _____ Код направляющего учреждения _____

Фамилия пациента _____ Имя пациента _____

Отчество пациента _____ Пол пациента Мужской Женский

Дата рождения пациента ДД - ММ - ГГГГ _____

Контактный телефон пациента ; врача Беременность Да Нет Срок беременности _____ Недель

Время взятия образца ЧЧ - ММ _____

Дата взятия образца ДД - ММ - 202Г _____

Диагноз _____

Фамилия врача _____ И.О. врача _____

Код пациента _____

Дополнительные данные о пациенте. Требуется обязательное заполнение всех полей!

Поездки за границу/субъектам РФ (указать Страну, Город, Район откуда прибыл пациент) за 21 день до заболевания _____

Срок пребывания _____ дней Дата прибытия в Россию ДД - ММ - 202Г _____

Указать наличие нападения комаров Да Нет Наличие контакта с больными Да Нет Наличие незащищенного полового контакта после появления клинических симптомов заболевания Да Нет

Дата появления первых симптомов ДД - ММ - 202Г _____

Появившиеся симптомы заболевания: Лихорадка Сыпь Конъюнктивит Лимфаденопатия Геморагический синдром

Когда обратился за медицинской помощью ДД - ММ - 202Г _____ Не обращался

Когда госпитализировали ДД - ММ - 202Г _____ Не госпитализировался

Дата начала приема антибиотиков ДД - ММ - 202Г _____ Не принимал

Наименование и доза принимаемого антибиотика _____

Степень тяжести состояния пациента: Удовлетворительное Относительно удовлетворительное Средней тяжести Тяжелое

Адрес регистрации пациента. (Страна, республика, край, область, автономный округ, район, город, поселок)

Улица _____ Дом _____ Корп. _____ Стр. _____ Кв. _____

Адрес регистрации совпадает с адресом фактического проживания пациента Да Нет

Адрес фактического проживания (указать в случае отличия от Адреса регистрации пациента). Субъект РФ (республика, край, область, автономный округ, район, город, поселок)

Улица _____ Дом _____ Корп. _____ Стр. _____ Кв. _____

Должность, ФИО и подпись лица, направляющего биоматериал на исследование _____

ВИРУСЫ ДЕНГЕ • ЗАПАДНОГО НИЛА • МЕТОД ПЦР

<p>Вакуумная пробирка с ЭДТА, 6 мл</p> <p>ШТРИХКОД ПРОБЫ</p> <p>Не центрифугировать! Доставить в лабораторию в первичной пробирке.</p> <p>Контейнер пластиковый универсальный</p>	<p><input type="checkbox"/> 032510 РНК вируса Денге (Dengue virus), (кач.)</p> <p>КРОВЬ с ЭДТА, 6 мл</p>	<p>Вакуумная пробирка с ЭДТА, 6 мл</p> <p>ШТРИХКОД ПРОБЫ</p> <p>Не центрифугировать! Доставить в лабораторию в первичной пробирке.</p> <p>Контейнер пластиковый универсальный</p>	<p><input type="checkbox"/> 032520 РНК вируса Западного Нила (West Nile virus), (кач.)</p> <p>КРОВЬ с ЭДТА, 6 мл</p>
	<p>ШТРИХКОД ПРОБЫ</p> <p>МОЧА</p>		<p>ШТРИХКОД ПРОБЫ</p> <p>МОЧА</p>

