**Направление в клинико-диагностическую лабораторию**

**ГБУЗ МО «МОПЦ» на**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ЖЦ** |
|  | **ВПЧ** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| КОД лечебного учреждения |  | | | | | | Нас.пункт | | | |  | | | | | | | | | |
| Название медицинского учреждения | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО врача гинеколога |  | | | | | | | Конт. тел. врача гинеколога | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата забора материала | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО пациентки (полностью) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения (полностью) | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Адрес проживания | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт РФ | | серия | |  |  |  |  | номер | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата выдачи | | |  |  |  |  |  |  | Код подразделения | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кем выдан | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Номер полиса ОМС | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование страховой компании с указанием региона страхования | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| День цикла |  | | | | | | Срок беременности | | | | | |  | | | | | | | |
| Диагноз |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ВПЧ статус (если известен) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Штамп мед.учреждения | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|