**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 |   |
|