

Направлення
на консультативні імуногематологічні аналізи

Печатка ЛПЗ

Лікарня _____
Відділення _____

Дата _____
До імунологічної
лабораторії ХОЦСК

Прошу виконати аналіз _____

Прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта _____

Дата народження _____

Адреса проживання _____

Анамнез:

• Трансфузійний _____
(переливання компонентів крові, _____
дати)

• Акушерський _____
(вагітності, дати)

Результати попередніх аналізів _____
(група, резус, антитіла)

Яке лікування проводиться _____
(для вагітних жінок)

Примітки:

1. Пробірка з кров'ю повинна бути промаркована.
2. Зразок крові в кількості 5-6 мл.

П.І.Б. лікуючого лікаря;
контактний номер тел.

