место под штрихкод

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ БЛАНК
ЛПУ 17002

ситилаб
8 (925) 808-12-80
www.citilab.ru

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

Приложение 5
к Приказу Минздравсоцразвития РФ
от 22.11.2004 № 255

Медицинская документация
Форма № 057/у-04
утверждена Приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 № 255

НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию
(нужное подчеркнуть)

ООО «Ситилаб-Кавказ»
(наименование медицинского учреждения, куда направлен пациент)

Наименование страховой организации

1. Номер страхового полиса ОМС
2. Код льготы
3. Фамилия, имя, отчество
4. Дата рождения
5. Адрес постоянного места жительства
6. Место работы, должность
7. Код диагноза по МКБ
8. Обоснование направления

СНИЛС – –

МАРКЕРЫ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА

☐	36-20-006	CA 125
☐	36-20-002	Простатический специфический антиген (ПСА) общий
☐	36-20-003	Простатический специфический антиген (ПСА) свободный

Выбранные исследования помечаются только крестиком ☒. Полностью заштрихованный квадрат ■ означает отмену исследования. Поля заполняются ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ черной шариковой ручкой.

Цвет крышки пробирки должен соответствовать цвету выбранного исследования.

Всего заказано тестов (впишите число)

Должность медицинского работника, направившего больного

(подпись) (Ф.И.О.)

"___" _____ _____ г.

М.П.

Заведующий отделением

(подпись) (Ф.И.О.)

"___" _____ _____ г.

М.П.