

## НАПРАВЛЕНИЕ НА ХРОМОСОМНЫЙ МИКРОМАТРИЧНЫЙ АНАЛИЗ

ФИО Пациента

Дата рождения пациента

Срок беременности

Контактный телефон

E - mail

Дата забора материала

Диагноз

Код услуги

Наименование услуги

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 96-45-501 | <b>589</b> Хромосомный микроматричный анализ пренатальный (ворсины хориона)        |
| <input type="checkbox"/> 96-30-501 | <b>589</b> Хромосомный микроматричный анализ пренатальный (амниотическая жидкость) |
| <input type="checkbox"/> 96-10-801 | <b>589</b> Хромосомный микроматричный анализ пренатальный (амниотическая жидкость) |

### Дополнительная информация

Наименование направляющего учреждения

ФИО врача

Город

E-mail врача

Тел. врача

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_