|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНОПриказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  от «28» 07. 2015года №012.1/221Зарегистрировано в Министерствеюстиции Донецкой НароднойРеспублики за регистрационным № 370 от 14.08.2015 |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения , в котором заполнена форма | ДНР герб мал (1) | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**Форма первичной учетной документации **№ 249-7/у**УТВЕРЖДЕНОПриказ МЗ ДНР № 012./ \_\_\_\_От «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 название учреждения, которое направляет

 образцы на тестирование

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на тестирование образцов сывороток крови доноров на наличие маркеров гемотрансфузионных инфекций**

**в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( название лаборатории и учреждения )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Регистр. № лаборатории | Номермарки по системе АВО | Группа крови | Фамилия, имя, отчестводонора | Годрождения | Код контингента | Домашний адрес | Дата забора крови | Дата проведения тестирования | Результаты тестирования  |
| ВИЧ | Гепатит С  | Гепатит В | Сифилис |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |  | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Должность, фамилия, подпись лица,

 направившего материал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата доставки материала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_