УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от «28» 07. 2015года №012.1/221

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики 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 **№ 497-1/у**УТВЕРЖДЕНОПриказ МЗ ДНР № 012.1/\_\_От «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  |

**Справка**

**о результатах скрининговых исследований на наличие маркеров**

**гемотрансфузионных инфекций**

(Ф. И.О.)

**Результат**

при проведении исследований методом

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(указать метод)

№ \_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года

выявлены (не выявлены) антиген/антитела к

 (необходимое подчеркнуть)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

(указать возбудитель)

Врач-лаборант\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, инициалы) (подпись)

 М.П.

**Результаты скрининговых исследований не являются основанием**

 **для установления диагноза.**