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 здравоохранения  Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения , в котором заполнена форма | ДНР герб мал (1) | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  Форма первичной учетной документации  **№ 497-1/у**  УТВЕРЖДЕНО  Приказ 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.**