

**ИСКАНЕ ЗА МИКРОБИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ
ЗА ТУБЕРКУЛОЗА**

Име на пациента:
(собствено, бащино, фамилно)

Пол: М Ж
(посочва се със знака „X“)

Възраст.....**ЕГН/ дата на раждане**.....

Адрес по местоживееене:

Причина за изследване:
(посочва се със знака „X“)

Диагноза Проследяване на лечението Контактен

Вид на клиничния материал: хрчка БАЛ
(посочва се със знака „X“)

ликвор друг.....
(моля, отбележете какъв)

Дата на вземане на клиничния материал:.....

или

Изолиран щам: лаб. №...../дата на посявка...../ резултат от посявката

Посочете клиничния материал от който е изолиран изпратения щам:.....

Вид на исканото изследване:.....
.....
.....

Насочващо лечебно заведение (лаборатория):

Адрес на лечебното заведение:

Лекар, искащ изследването:..... **Подпис:**.....
(ясно и четливо изписано)

Телефон за контакт с насочващия изследването лекар:.....

Дата:.....