

Направление на исследование ТРОМБОДИНАМИКИ

Дата назначения _____ 20__ г.

Пациент (ФИО): _____

Дата рождения: « ____ » _____ 19__ г.,

Пол: М / Ж:

Беременность: _____ нед. День м.ц. _____

Лечащий врач: _____

Учреждение/отделение: _____

Диагноз основной, осложнения, сопутствующие заболевания: _____

Вид нарушения гемостаза (клинические проявления, подчеркнуть или указать другое): подозрение на тромбоз / острое кровотечение / другое - _____

Данные коагулограммы _____

Лекарственная терапия (указать препарат, дозировку и время последнего приема для антикоагулянтов): _____

Наличие отягощенного анамнеза: _____

Дата взятия крови « ____ » _____ 20__ г., Время _____ Подпись м/с _____

Я подтверждаю, что проинформирован(а) своим лечащим врачом о правилах подготовки, времени сдачи крови на анализ тромбодинамика _____ / _____ Дата _____

(подпись)

(ФИО пациента)

Я подтверждаю, что номера штрих-кода на направлении и пробирках с моим материалом на анализ совпадают (идентичны) _____ / _____ / Дата _____

(подпись)

(ФИО пациента)
